



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	Centro de Salud Familiar Las Compañías	
Nombre Completo	Ana Javera Rojas Marín	
RUT		
Programa	Extensión Horaria	
Profesión/cargo	Administrativo/a	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes 18 horas	Sábados
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	18 de abril 2024	

NUMERO DE BOLETA	<b>50</b>
MONTO BOLETA	<b>\$68.094</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21-03-2024</b>	<b>20-04-2024</b>

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en labores de recepción de personas y llamados telefónicos		
2	Agendar horas de atención a personas inscritas en el CESFAM		
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**DECLARAMOS**, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al PRAPS. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.



<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p><b>Carolina Troncoso Ch.</b> KINESIÓLOGA R.U.T: _____</p>
<p><b>Nombre Completo: Ana Javiera Rojas Marín</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: Carolina Andrea Troncoso Checcón</b> <b>RUT:</b> _____</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

