



**I. MUNICIPALIDAD DE LA  
SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTIÓN  
COD.201 SUELDO GENERAL**

|                                          |                                        |
|------------------------------------------|----------------------------------------|
| Establecimiento                          | CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS COMPAÑIAS |
| Nombre Completo                          | PAUL ANTONIO DIAZ MUÑOZ                |
| RUT                                      |                                        |
| Programa                                 |                                        |
| Profesión                                | AUXILIAR DE SERVICIOS                  |
| Horas trabajadas semanales               | 44 HORAS                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA                              |
| Días licencia                            | NO APLICA                              |
| Fecha Informe                            | ABRIL 2024                             |

|                  |           |
|------------------|-----------|
| NÚMERO DE BOLETA | 8         |
| MONTO BOLETA     | \$115.646 |

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 03- 2024 | HASTA: 31 - 03- 2024 |
| MARZO 2024         |                      |                      |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|--------------------------------------------------|
| 1  | Aseo en dependencias del establecimiento.        |
| 2  | Mantenimiento del orden y limpieza.              |
| 3  | Retiro de residuos según categoría.              |
| 4  | Aseo terminal en áreas clínicas.                 |
| 5  |                                                  |
| 6  |                                                  |
| 7  |                                                  |
| 8  | Otras (especificar las acciones)                 |

|                                                            |                                                                      |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las<br>pres<br>idica)       | Timbre y Firma Director/a CESFAM                                     |
| Nombre Completo:<br><b>PAUL ANTONIO DIAZ MUÑOZ</b><br>RUT: | Nombre Completo: Carolina Troncoso Ch.<br>RUT: KINESIOLOGA<br>R.U.T. |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo:<br>RUT:             | Nombre Completo:<br>RUT:           |



CORPORACION MUNICIPAL  
Gabriel González Videla  
**La Serena**



### INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO 2024

|                  |                      |
|------------------|----------------------|
| Establecimiento  | CESFAM LAS COMPAÑIAS |
| Nombre Completo  | PAUL DIAZ MUÑOZ      |
| RUT              |                      |
| Programa         | DIFEREIDO            |
| Profesión        | AUXILIAR DE SERVICIO |
| Fecha de informe | MARZO 2024           |

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Numero de Boleta | <b>8</b>         |
| Monto Boleta     | <b>\$115.646</b> |

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 03- 2024 | HASTA: 31 - 03- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

#### Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

**6 Días trabajados del mes de Marzo 2024, cuando ya el proceso de boletas había concluido.**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)

Timbre y Firma Director/a CESFAM

Nombre Completo: **PAUL DIAZ MUÑOZ**  
RUT:

Carolina Troncoso Ch.  
Nombre Completo: **KINESIÓLOGA**  
RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre Completo:  
RUT: