



**I. MUNICIPALIDAD DE LA  
SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION  
COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL**

|                                          |                                             |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM PAC                                  |
| Nombre Completo                          | IVANNIA ALEJANDRA PÉREZ CLAVERÍA            |
| RUT                                      |                                             |
| Programa                                 | EXTENSIÓN HORARIA                           |
| Profesión/cargo                          | Administrativo/a                            |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes: 3 HRS      Sábados: 12 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                         |
| Días licencia                            | N/A                                         |
| Fecha Informe                            | 21/05/2024                                  |

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>N° 87</b>     |
| MONTO BOLETA     | <b>\$ 65.457</b> |

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21/04/2024 | HASTA: 20/05/2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| 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  | Otras                                                                                                                                    |                   |               |
| 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>Lizette Ledezma Gallardo<br/>ENFERMERA</p> |
| <p><b>Nombre Completo:</b> IVANNIA ALEJANDRA PÉREZ CLAVERÍA<br/><b>RUT:</b></p>   | <p><b>Nombre Completo:</b> LIZETTE LEDEZMA GALLARDO<br/><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><br/><b>RUT:</b></p> | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p> |