



**I. MUNICIPALIDAD DE LA  
SERENA**

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

|                                          |                              |                  |
|------------------------------------------|------------------------------|------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM Las Compañías         |                  |
| Nombre Completo                          | Paulina Nicol Negrete García |                  |
| RUT                                      |                              |                  |
| Programa                                 | Extensión horaria            |                  |
| Profesión/cargo                          | Enfermera/o                  |                  |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes              | Sábados: 4 horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                            |                  |
| Días licencia                            | 0                            |                  |
| Fecha Informe                            | MAYO                         |                  |

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>84</b>       |
| MONTO BOLETA     | <b>\$37.748</b> |

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | Funciones                                                                    | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria | 6                 |               |
| 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><b>Nombre Completo:</b> Paulina Negrete<br/><b>RUT:</b></p>                    | <p><b>Nombre Completo:</b> Carolina Troncoso Checcón<br/><b>RUT:</b> Kinesióloga</p>                                        |

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p>Rodrigo Soto Zomero<br/>RUT: MAT...</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>                                                                               |