

**I. MUNICIPALIDAD DE LA  
SERENA**

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

|                                          |                                 |                 |
|------------------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| Establecimiento                          | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA      |                 |
| Nombre Completo                          | ARIOSTO NIKOLAS GALLEGOS CORTES |                 |
| RUT                                      |                                 |                 |
| Programa                                 | EXTENSION HORARIA               |                 |
| Profesión/cargo                          | AUXILIAR DE SERVICIO            |                 |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes 0               | Sábados 20HRS ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                               |                 |
| Días licencia                            | 0                               |                 |
| Fecha Informe                            | 18-05-2024 ✓                    |                 |

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>Nº5</b> ✓    |
| MONTO BOLETA     | <b>61.460</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 labores de aseo, desinfección y ornato en las dependencias del CESFAM en extensión horaria |                   |               |
| 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: ARIOSTO NIKOLAS GALLEGOS CORTES</b><br/><b>RUT:</b></p>    | <p><b>Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO</b><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> |