

| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL |
|--------------------------------------|---|

| | | |
|--|--|-----------------|
| Establecimiento | CESFAM Pedro Aguirre Cerda | |
| Nombre Completo | Verónica Patricia Hernández Villalobos | |
| RUT | | |
| Programa | Extensión Horaria | |
| Profesión/cargo | Tens | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes | Sábados 16hrs / |
| Días permiso administrativo o vacaciones | No aplica | |
| Días licencia | | |
| Fecha Informe | 18-06-2024 / | |

| | |
|------------------|----------------|
| NUMERO DE BOLETA | 87 / |
| MONTO BOLETA | 91824 / |

| | | |
|--------------------|--|--|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 21-05-2024 | HASTA: día - mes- año 20-06-2024 / |
|--------------------|--|--|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | Funciones | Nº 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 | Electrocardiograma | 7 | |
| 4 | Tratamiento inyectable | 10 | |
| 5 | Curación simple | 25 | |
| 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>Nombre Completo: VERONICA PATRICIA HERNANDEZ VILLALOBOS RUT:</p> | <p>Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO RUT:</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |