

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br/>COD.201 SUELDO GENERAL</b> |
|--------------------------------------|--|

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM JUAN PABLO II             |
| Nombre Completo                          | CAMILA CONSTANZA ESPINOSA VEGA ✓ |
| RUT                                      |                                  |
| Programa                                 |                                  |
| Profesión                                | ASISTENTE DENTAL / TONS ✓        |
| Horas trabajadas semanales               | 44 HRS ✓                         |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 1 día ✓                          |
| Días licencia                            |                                  |
| Fecha Informe                            | JUNIO 2024 ✓                     |

|                  |             |
|------------------|-------------|
| NÚMERO DE BOLETA | N° 21 ✓     |
| MONTO BOLETA     | \$734.236 ✓ |

|                    |                         |                         |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 06 - 2024 ✓ | HASTA: 30 - 06 - 2024 ✓ |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|

|  |
|--|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|--|

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|--|
| 1  | RECEPCION DE PACIENTES                           |
| 2  | PREPARACIÓN DE INSUMOS                           |
| 3  | PREPARACIÓN DE BOX                               |
| 4  | PRELAVADO Y TRANSPORTE DE MATERIAL               |
| 5  | RETIRO DE MATERIAL ESTERIL                       |
| 6  | ASISTENCIA DENTAL EN BOX                         |

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
|--|----------------------------------|

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre Completo:</b> Camila Espinosa V.<br><b>RUT:</b> | <b>Nombre Completo:</b> <i>Caro Vera Ruiz P</i><br><b>RUT:</b> |
|---|--|

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
|--------------------------------------|------------------------------------|

|  |  |
|--|--|
| <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b> | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b> |
|--|--|