



| | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.201 SUELDO GENERAL |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

| | |
|------------------------------------------|------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | Meybol Alejandra Páez Walker |
| RUT | |
| Programa | |
| Profesión | ADMINISTRATIVO/A |
| Horas trabajadas semanales | |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18/07/2024 / |

| | |
|------------------|---------|
| NÚMERO DE BOLETA | 53 / |
| MONTO BOLETA | 371.596 |

| | | |
|--------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 01/07/2024 | HASTA: día - mes- año 17/07/2024 / |
|--------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

| |
|------------------------------------------------|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|------------------------------------------------|

| N° | Funciones | N° de Actividades | Observaciones |
|----|-------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | Atención Some Central | | |
| 2 | Atención Some Procedimiento | | |
| 3 | Atención Some Satelital Sector Dos | | |
| 4 | Dación de Horas | | |
| 5 | Recepción de Horas | | |
| 6 | Percapita | | |
| 7 | Agendamiento de horas para usuarios | | |
| 8 | | | |

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.

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
| Nombre Completo: Meybol Alejandra Páez Walker RUT: |  Nombre: Lizette Ledezma Gallardo Rut : |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |