

**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| Establecimiento                          | CENTRO DE ATENCION FAMILIAR CAERDENAL CARO |                 |
| Nombre Completo                          | LIZETH ZAMORANO BRUNA                      |                 |
| RUT                                      |  |                 |
| Programa                                 | CARDIOVASCULAR                             |                 |
| Profesión/cargo                          | Enfermera/o                                |                 |
| Horas trabajadas semanales               |  | Sábados: 16 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A  |                 |
| Días licencia                            | N/A  |                 |
| Fecha Informe                            | 18-07-2024                                 |                 |

|                  |            |
|------------------|------------|
| NUMERO DE BOLETA | 296        |
| MONTO BOLETA     | \$ 150.992 |

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-06-2024 | HASTA: 20-07-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|


**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | Funciones  | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|--|-------------------|---------------|
| 1  | Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria | 23                |               |
| 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.

|  |  |
|--|--|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br> |
| <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>                                     | <b>Nombre Completo:</b> <i>Francisco Valenzuela</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>   |