

| . MUNICIPALIDAD DE LA | II | NFORME MENSUAL DE GEST |  |
|-----------------------|----|------------------------|--|
| SERENA                |    | COD.201 SUELDO GENERAL |  |
|                       |    |                        |  |

| Establecimiento               | CESFAM CARDENAL CARO   |   |
|-------------------------------|--|---|
| Nombre Completo               |  |   |
|                               | NAYARIT DANIELA RUDOLF GALLEGUILLOS  |   |
| RUT                           |  |   |
| Programa                      | /  |   |
| Profesión                     | ADMINISTRATIVO/A   |   |
| Horas trabajadas semanales    | 44   |   |
| Días permiso administrativo o | A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR |   |
| vacaciones                    | / = 1 = 1  |   |
| Días licencia                 | /  |   |
| Fecha Informe                 | 18-07-2024   |   |
|                               |  |   |
| NÚMERO DE BOLETA              | 39   |   |
| MONTO BOLETA                  | 655.758  |   |
|                               | And the second second second   |   |
| PERIODO DE INFORME            | DESDE: día - mes- año HASTA: día - mes- año  | / |

## **FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | Funciones                           | N° de<br>Actividades | Observaciones |
|----|-------------------------------------|----------------------|---------------|
| 1  | RECEPCION Y ATENCION DE USUARIOS    |                      |               |
| 2  | DACION DE HORAS MEDICAS Y OTRAS     |                      |               |
| 3  | ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMENES    |                      |               |
| 4  | DACION DE HORAS DE TOMA DEMUESTRAS  | 3.1 372.1            |               |
| 5  | ORIENTACION A USUARIOS SOME CENTRAL | 4.7                  |               |

01-07-2024

31-07-2024

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de naguerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadistico Mensula) asociado al PRAPS. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de unadecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a da trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (" ' o P. Juridica) | Timbre y Fightian Director/a CESFAM |  |
|---|-------------------------------------|--|
| Nombre Completo: NA YOF IT RUPOIF GAILEPUIL                         | RUT:                                |  |
| Timbre v Firma Coordinadora Programa                                | Timbro y Firma Jose Data da Calada  |  |

| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Nombre Completo:                     | Nombre Completo:                   |
| RUT:                                 | RUT:                               |