

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

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

| | | |
|--|--------------------------------------|-----------|
| Establecimiento | CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ | |
| Nombre Completo | PAZ VALENTINA MUÑOZ CASTAÑEDA | |
| RUT | | |
| Programa | | |
| Profesión/cargo | TENS esterilización | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes 6 | Sábados 4 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 | |
| Días licencia | 0 | |
| Fecha Informe | 18/07/2024 | |

| | |
|------------------|-------------------|
| NUMERO DE BOLETA | 88 |
| MONTO BOLETA | \$52.836.- |

| | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - JUNIO - 2024 | HASTA: 20 - JULIO - 2024 |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | Funciones | N° de Actividades | Observaciones |
|----|--|-------------------|---------------|
| 1 | Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en labores de esterilización | Si | |
| 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.

| | |
|---|--|
| <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: PAZ VALENTINA MUÑOZ CASTAÑEDA RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Carolina Pizarro Pichuanche RUT:  Enfermera</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> |