



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL |
|--------------------------------------|---|

| | | |
|--|-----------------------------|----------------|
| Establecimiento | CESFAM Juan Pablo 2do | |
| Nombre Completo | Natalia Belén Araya Miranda | |
| RUT | | |
| Programa | Procedimientos | |
| Profesión/cargo | TENS | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes: 0 hrs | Sábados: 8 hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 | |
| Días licencia | 0 | |
| Fecha Informe | 18/07/2024 | |


| | |
|------------------|---------------|
| NUMERO DE BOLETA | 63 |
| MONTO BOLETA | 45.912 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 06 - 2024 | HASTA: 20 - 07 - 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 SOME y procedimientos | 10 | s/o |
| 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: Natalia Belén Araya Miranda RUT: _____</p> | <p>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón RUT: _____</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> |