

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br/>COD.201 SUELDO GENERAL</b> |
|--------------------------------------|--|

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ      |
| Nombre Completo                          | MARISELA DEL CARMEN TORRES TRIGO |
| RUT                                      |                                  |
| Programa                                 | SUELDO GENERAL                   |
| Profesión                                | AUXILIAR DE SERVICIOS            |
| Horas trabajadas semanales               | 44 HRS                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 DIAS                           |
| Días licencia                            | NO APLICA                        |
| Fecha Informe                            | 18-AGOSTO-2024                   |

|                  |         |
|------------------|---------|
| NÚMERO DE BOLETA | 23      |
| MONTO BOLETA     | 578.228 |

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 -08 - 2024 | HASTA: 31- 08 - 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

|  |
|--|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|--|

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|--|
| 1  | Aseo en dependencias del establecimiento.        |
| 2  | Mantenimiento del orden y limpieza.              |
| 3  | Retiro de residuos según categoría.              |
| 4  | Aseo terminal en áreas clínicas.                 |
| 5  |  |
| 6  |  |
| 7  |  |
| 8  | Otras (especificar las acciones)                 |

|  |  |
|--|--|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM   |
| Nombre<br><b>TRIGO</b><br>RUT:   | Nombre Completo:<br>RUT:   |
| RISELA TORRES  |  |

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