

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL</b> |
|--------------------------------------|---|

|  |                         |           |
|--|-------------------------|-----------|
| Establecimiento                          | CESFAM LAS COMPAÑIAS    |           |
| Nombre Completo                          | ERCILIA TABILO CARVAJAL |           |
| RUT                                      |                         |           |
| Programa                                 |                         |           |
| Profesión/cargo                          | TENS                    |           |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes         | Sábados 4 |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                         |           |
| Días licencia                            |                         |           |
| Fecha Informe                            | 19-08-2024              |           |

|                  |               |
|------------------|---------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>369</b>    |
| MONTO BOLETA     | <b>22.956</b> |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | <b>21-07-2024</b>     | <b>20-08-2024</b>     |

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

| N° | Funciones  | N° de Actividades | Observaciones |
|----|--|-------------------|---------------|
| 1  | Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en SOME y procedimientos |                   |               |
| 2  | ELECTROCARDIOGRAMA   | <b>8</b>          |               |
| 3  | ADMINISTRACION DE INYECTABLE   | <b>3</b>          |               |
| 4  | CURACIONES   | <b>3</b>          |               |
| 5  | MONITOREO CONTINUO DE PRESION ARTERIAL   | <b>3</b>          |               |
| 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><b>Nombre Completo: ERCILIA TABILO CARVAJAL</b><br/><b>RUT:</b></p>            | <p><b>Nombre Completo:</b> Francisca Arredondo L.<br/><b>RUT:</b> Nutricionista</p>   |

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

