

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.201 SUELDO GENERAL
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	ALINE ROCIO ALCAYAGA DÍAZ
RUT	
Programa	SUELDO GENERAL
Profesión	ADMINISTRATIVO/A
Horas trabajadas semanales	44
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	19/09/2024

NÚMERO DE BOLETA	09
MONTO BOLETA	\$655.758

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01/09/2024	HASTA: día - mes- año 30/09/2024
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
1	ATENCIÓN DE PERSONAS Y ENTREGA DE HORAS EN ANEXO PSICOLOGOS.		
2	AGENDAR HORAS DE PACIENTES PADDs.		
3	LLAMADOS TELEFONICOS DE PACIENTES, CONTESTAR LLAMADOS Y ENTREGAR LOS RECADOS DE CUIDADORES PADDs.		
4	MANEJAR AGENDAS EN SISTEMA AVIS E IMPRIMIR RUTAS PARA PACIENTES PADDs.		
5	RECEPCIÓN DE TACOS.		
6	REAGENDAR HORAS CUANDO LOS PROFESIONALES SE AUSENTAN.		
7	REGULAR SITUACIÓN DE USUARIOS CON PROBLEMAS DE PER CÁPITA, PARA QUE PUEDAN OBTENER SUS HORAS.		
8	IMPRIMIR INFORMES Y DOCUMENTOS DE PSICOLOGOS.		

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 style="text-align: center;">Timbre y Firma del Director/a</p>	<p style="text-align: center;">Timbre y Firma Director/a CESFAM  CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA</p>
<p>Nombre Completo: <i>Alina Rocío Alcayaga Díaz</i></p> <p>RUT:</p>	<p>Nombre Completo: <i>Catalina Castillo</i></p> <p>RUT:</p>

<p style="text-align: center;">Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p style="text-align: center;">Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo:</p> <p>RUT:</p>	<p>Nombre Completo:</p> <p>RUT:</p>