



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

INFORME MENSUAL DE GESTION
COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL

| | | |
|--|----------------------------------|-----------------|
| Establecimiento | CESFAM PAC | |
| Nombre Completo | IVANNIA ALEJANDRA PÉREZ CLAVERÍA | |
| RUT | | |
| Programa | EXTENSIÓN HORARIA | |
| Profesión/cargo | Administrativo/a | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes: | Sábados: 12 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A | |
| Días licencia | N/A | |
| Fecha Informe | 18/10/2024 ✓ | |

| | |
|------------------|--------------------|
| NUMERO DE BOLETA | N° 101 ✓ |
| MONTO BOLETA | \$ 54.108 ✓ |

| | | |
|--------------------|-------------------|---------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21/09/2024 | HASTA: 20/10/2024 ✓ |
|--------------------|-------------------|---------------------|

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 recepción de personas y llamados telefónicos | | |
| 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: IVANNIA ALEJANDRA PÉREZ CLAVERÍA RUT:</p> | <p>Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO 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> |