



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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II	
Nombre Completo	CAMILA FERNANDA CASTILLO BENAVIDES	
RUT		
Programa	EXTENSION HORARIA FARMACIA	
Profesión/cargo	TENS farmacia	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes 0 HRS	Sábados 4 Hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia	0	
Fecha Informe	18-10-24	

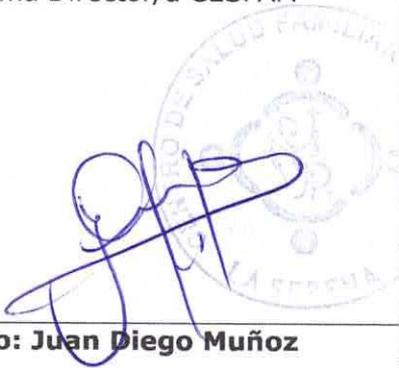
NUMERO DE BOLETA	<b>63</b>
MONTO BOLETA	<b>\$22.956</b>

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

<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 labores de farmacia	X	

**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: Camila Fernanda Castillo Benavides</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón</b> <b>RUT:</b> _____</p>

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

