



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL |
|--------------------------------------|---|

| | | |
|--|--------------------------------|------------|
| Establecimiento | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA | |
| Nombre Completo | NATALIA CAROLINA FUENTES JOFRE | |
| RUT | | |
| Programa | EXTENSION HORARIA | |
| Profesión/cargo | Médica/o | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes | Sábados 12 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 | |
| Días licencia | 0 | |
| Fecha Informe | 18.10.2024 ✓ | |

| | |
|------------------|-----------|
| NUMERO DE BOLETA | 53 ✓ |
| MONTO BOLETA | 221.328 ✓ |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| Septiembre | 21.09.2024 | 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 | 30 | CARDIOVASCULAR Y MORBILIDAD |
| 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: Natalia Fuentes Jofré 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> |