



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

| | | |
|--|-----------------------------|-------------|
| Establecimiento | Cesfam Raúl Silva Henríquez | |
| Nombre Completo | Ian Franco Cortés González | |
| RUT | | |
| Programa | Extensión horaria | |
| Profesión/cargo | TENS farmacia | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes | Sábados: 12 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - | |
| Días licencia | - | |
| Fecha Informe | 30-11-2024 | |

| | |
|------------------|-------------------|
| NUMERO DE BOLETA | 123 |
| MONTO BOLETA | \$68.868.- |

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-11-2024 | HASTA: 30-11-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | Funciones | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|--|-------------------|---|
| 1 | Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en labores de farmacia | | Reposición, dispensación de medicamentos |
| 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: Ian Franco Cortés González RUT:</p> | <p>Nombre Completo: 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> |