



**I. MUNICIPALIDAD DE LA  
SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTIÓN  
COD-202 EXTENSION HORARIA GENERAL**

|                                          |                            |
|------------------------------------------|----------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM Pedro Aguirre Cerda |
| Nombre Completo                          | Johana Cortes Villagrán    |
| RUT                                      |                            |
| Programa                                 | Extensión horaria          |
| Profesión/cargo                          | TENS farmacia              |
| Horas trabajadas semanales               | Sábados: 9                 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                          |
| Días licencia                            | -                          |
| Fecha Informe                            | 31-12-2024                 |

|                  |              |
|------------------|--------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>308</b>   |
| MONTO BOLETA     | <b>51651</b> |

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-12-2024 | HASTA: 31-12-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | Funciones                | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|--------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | Apoyo inventario general |                   |               |
| 2  |                          |                   |               |
| 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><b>Nombre Completo:</b> Johana Cortes Villagrán<br/><b>RUT:</b></p>                                                         | <p><b>Nombre Completo:</b> Lizette Ledezma Gallardo<br/><b>RUT:</b> ENFERMERA</p>                                             |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b> Daniela Bastías González<br/><b>RUT:</b> Enfermera</p>                                              | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                |