



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

|                                          |                                 |                |
|------------------------------------------|---------------------------------|----------------|
| Establecimiento                          | CESFAM LAS COMPAÑIAS            |                |
| Nombre Completo                          | CRISTOPHER ALEXANDER YANES TORO |                |
| RUT                                      |                                 |                |
| Programa                                 |                                 |                |
| Profesión/cargo                          | Auxiliar de servicio            |                |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes 0               | Sábados 16 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                               |                |
| Días licencia                            | 0                               |                |
| Fecha Informe                            | 31-12-2024                      |                |

|                  |        |
|------------------|--------|
| NUMERO DE BOLETA | 106    |
| MONTO BOLETA     | 49.168 |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| DICIEMBRE          | 01-12-2024            | 31-12-2024            |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|------------------------------------------------|

| Nº | Funciones                                                                                                 | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | Realización de labores de aseo, desinfección y ornato en las dependencias del CESFAM en extensión horaria |                   |               |
| 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.

|                                                                                                                             |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)                                                  | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br>     |
| <b>Nombre Completo:</b> CRISTOPHER YANES TORO<br><b>RUT:</b>                                                                | <b>Nombre Completo:</b> Carolina Troncoso Checcón<br><b>RUT:</b> Kinesióloga                                               |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br> |
| <b>Nombre Completo:</b> LA SERENA<br><b>RUT:</b>                                                                            | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>                                                                                     |