



| I. MUNICIPALIDAD DE LA<br>SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br>COD.201 SUELDO GENERAL |
|----------------------------------|------------------------------------------------------|
|----------------------------------|------------------------------------------------------|

|                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | VALERIA HONORES RAMÍREZ              |
| RUT                                      |                                      |
| Programa                                 | PERCAPITA                            |
| Profesión                                | TENS                                 |
| Horas trabajadas semanales               | 44 HORAS                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                  |
| Días licencia                            | N/A                                  |
| Fecha Informe                            | 31 DE DICIEMBRE DE 2024              |

|                  |            |
|------------------|------------|
| NÚMERO DE BOLETA | Nº 90      |
| MONTO BOLETA     | \$ 734.236 |

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

| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|-----------------------------------------|
|-----------------------------------------|

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA                                                                          | RESULTADO |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Registro de atenciones en ficha clínica.                                                                                  |           |
| 2  | Administración de medicamentos inyectables.                                                                               |           |
| 3  | Curaciones simples.                                                                                                       |           |
| 4  | Toma de muestra (exámenes).                                                                                               |           |
| 5  | Dación de horas en SOME satélite.                                                                                         |           |
| 6  | Participación en realización de EMPA                                                                                      |           |
| 7  | Otras funciones que competen a las áreas de farmacia, botiquín de farmacia, procedimiento, SOMEs, PADDS y esterilización. |           |

**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. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br>CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER<br>DIRECCIÓN |
| Nombre Completo: VALERIA HONORES RAMÍREZ<br>RUT:                           | Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES<br>RUT:                                |

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                                                                                        | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                                                                 |
|  <p><b>Nombre Completo:</b> Rodrigo Soto Zamora<br/><b>RUT:</b> MATRUI</p> |  <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p> |