

## I. MUNICIPALIDAD DE LA

## INFORME MENSUAL DE GESTION COD-202 EXTENSION HORARIA GENERAL

| Establecimiento                          | CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ |                   |  |
|--|--------------------------------------|-------------------|--|
| Nombre Completo                          | JUA CRISTIAN ALVAREZ CALDERON        |                   |  |
| RUT                                      |                                      |                   |  |
| Programa                                 | EXTENCION HORARIA                    |                   |  |
| Profesión/cargo                          | Auxiliar de servicio                 |                   |  |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes 42 HORAS             | Sábados           |  |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                                    |                   |  |
| Días licencia                            | -                                    |                   |  |
| Fecha Informe                            | 28 DE FEBRERO2025                    |                   |  |
|  |                                      |                   |  |
| NUMERO DE BOLETA                         | 118 /                                |                   |  |
| MONTO BOLETA                             | 100380                               |                   |  |
|  |                                      |                   |  |
| PERIODO DE INFORME                       | DESDE: 01-02-2025                    | HASTA: 28-02-2025 |  |
|  |                                      | <u>l</u>          |  |

## **FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Иe | Funciones  | N <sup>o</sup> de<br>Actividades | Observaciones |
|----|--|----------------------------------|---------------|
| 1  | Réalización de labores de aseo, desinfección y ornato en las | SI                               |               |
| 2  | dependencias del CESFAM en extensión horaria Otras           |                                  |               |
| 3  | Odas   |                                  |               |
|    |  |                                  |               |
| 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. Jurídica)

Nombre Cómpleto: Juan Álvarez
Calderón
RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Timbre y Firma Jefe Doto, de Salud

COORDINADOR

Nombre Cómpleto:

Nombre Completo:

Nombre Completo:

Nombre Completo:

Nombre Completo:

RUT:

RUT: