

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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO	
Nombre Completo	BASTIAN ANDRES ZEBALLOS HUERTA	
RUT		
Programa	EXTENSION HORARIA (S-D-F)	
Profesión/cargo	Médica/o	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 4 HORAS X 1 SABADO: 4 HORAS EN TOTAL
Días permiso administrativo o vacaciones	(-)	
Días licencia	(-)	
Fecha Informe	31/03/25	

NUMERO DE BOLETA	<b>12</b>
MONTO BOLETA	<b>73.776</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 03- 25	HASTA: 31 - 03- 25
--------------------	--------------------	--------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria	<b>1 Jornada de atención Sábado</b>	<b>10 pacientes agendados: 4 PSCV 6 Morbilidades</b>
<b>2</b>	Otras		
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</b>			

**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 
<b>Nombre Completo:</b> <i>Rubén Jeseles</i> <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> <i>Carolina Castillo</i> <b>RUT:</b> _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
<b>Nombre Completo:</b> <i>Paulo Trujillo</i> <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____