



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

INFORME MENSUAL DE GESTION  
COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL

|                                          |                                      |             |
|------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|
| Establecimiento                          | CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ |             |
| Nombre Completo                          | MARIA EUGENIA OSSANDON ROSALES       |             |
| RUT                                      |                                      |             |
| Programa                                 |                                      |             |
| Profesión/cargo                          | Administrativo/a                     |             |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes                      | Sábados 4 ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                      |             |
| Días licencia                            |                                      |             |
| Fecha Informe                            | 30-04-2025 ✓                         |             |

|                  |             |
|------------------|-------------|
| NUMERO DE BOLETA | 123 ✓       |
| MONTO BOLETA     | \$18036.- ✓ |

|                    |                               |                                 |
|--------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día 01 mes 04 año 2025 | HASTA: día 30 mes 04 año 2025 ✓ |
|--------------------|-------------------------------|---------------------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | Funciones                                                                                                                                | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en labores de recepción de personas y llamados telefónicos |                   |               |
| 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<br>(P. Natural o P. Juridica)                                              | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br>    |
| Nombre Completo: María E. Ossandón<br>Rosales<br>RUT:                                                                      | Nombre Completo: Carolina Pizarro Pichuante<br>Enfermera<br>RUT:                                                          |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br> |
| Nombre Completo: Emilio Trujillo Z.<br>RUT:                                                                                | Nombre Completo:<br>RUT:                                                                                                  |