

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM JOSE MARIA CARO	
Nombre Completo	ELIZABETH CASTILLO TORO	
RUT		
Programa	EXTENSION HORARIA	
Profesión/cargo	AUXILIAR DE ASEO	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 12 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	30-04-2025	

NUMERO DE BOLETA	8
MONTO BOLETA	\$36.876

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p><i>Lizette Ledezma Gallardo</i></p>
<p>Nombre Completo: Elizabeth Castillo Toa RUT:</p>	<p>Nombre Completo: ENFERMERA RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: Emilio Tafel z. RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

INFORME MENSUAL DE GESTION UAPO

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre	DOMINIQUE TREFAULT KENDALL
Profesión	TENS
Horas trabajadas	44
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	ABRIL

MONTO BOLETA	\$ 734.236	N° BOLETA 17
--------------	------------	--------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLINICOS)	
2	HORAS TRABAJADAS MENSUAL	
3	FO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO)	
4		
5		
6		
7		
8	Otras (especificar las acciones)	

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 Programa. 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.

FIRMA	
FECHA INFORME	30/04/2025

Timbre y Firma Director CESFAM	Timbre y Firma prestador de servicio
Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO	Nombre: DOMINIQUE TREFAULT KENDALL

