



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

|                                          |                                    |               |
|------------------------------------------|------------------------------------|---------------|
| Establecimiento                          | CESFAM JUAN PABLO II               |               |
| Nombre Completo                          | CAMILA FERNANDA CASTILLO BENAVIDES |               |
| RUT                                      |                                    |               |
| Programa                                 | EXTENSION HORARIA FARMACIA         |               |
| Profesión/cargo                          | TENS FARMACIA                      |               |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes 0 HRS              | Sábados 8 Hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                  |               |
| Días licencia                            | 0                                  |               |
| Fecha Informe                            | 30-04-25                           |               |

|                  |         |
|------------------|---------|
| NUMERO DE BOLETA | 77      |
| MONTO BOLETA     | \$45912 |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 04 - 2025 | HASTA: 30 - 04 - 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 farmacia | X                 |               |

**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><b>Nombre Completo:</b> Camila Fernanda Castillo Benavides<br/><b>RUT:</b></p> | <p><b>Nombre Completo:</b> Juan Diego Muñoz Ossandón<br/><b>RUT:</b></p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>                                       | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>                                |

