



|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN (COD 201)</b> |
|--------------------------------------|---|

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM LAS COMPAÑÍAS        |
| Nombre Completo                          | Antonia Carola Bravo Olguín |
| RUT                                      |                             |
| Programa                                 | Per cápita general          |
| Profesión                                | Enfermera                   |
| Horas trabajadas semanales               | 22                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 28 AL 30.                   |
| Días licencia                            | 0                           |
| Fecha Informe                            | 30-04-2025                  |

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$689.418 / N° 52 ✓ |
|-------------------|---------------------|

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

|  |
|--|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|--|

| N°       | Funciones según Convenio                         | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|--|-------------------|---------------|
| <b>1</b> | <b>Apoyo Programa Nacional de Inmunizaciones</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 CESFAM LAS COMPAÑIAS. 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: Antonia Carola Bravo Olgún</b><br/><b>RUT:</b></p>   | <p><b>Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón</b><br/><b>RUT:</b> Kinesióloga</p>   |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>  | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |