



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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II	
Nombre Completo	MARGARITA SUSANA CORTES CASTILLO	
RUT		
Programa	EXTENSION HORARIA GENERAL	
Profesión/cargo	Auxiliar de servicio	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados: 4 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia	0	
Fecha Informe	30-06-2025	

NUMERO DE BOLETA	<b>2</b>
MONTO BOLETA	<b>\$12.292</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-06-2025</b>	HASTA: día - mes- año <b>30-06-2025</b>
--------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------

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

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Realización de labores de aseo, desinfección y ornato en las dependencias del CESFAM en extensión horaria	<b>1</b>	<b>NO</b>
<b>2</b>	Otras		
<b>3</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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo: MARGARITA CORTES C</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: JUAN DIEGO MUÑOZ OSSANDON</b> <b>RUT:</b>

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