

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

Establecimiento	DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	
Nombre Completo	CAROLINA DIAZ CHAVARRIA	
RUT		
Programa	EXTENSION HORARIA	
Profesión/cargo	Administrativa	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 16 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	30 DE JUNIO DE 2025	

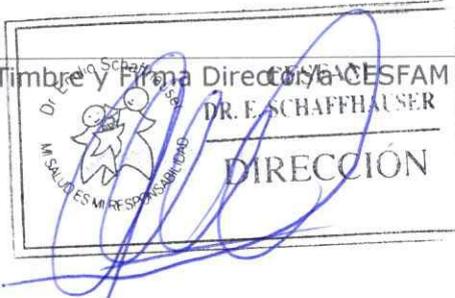
NUMERO DE BOLETA	<b>65</b>
MONTO BOLETA	<b>\$ 72.144.-</b>

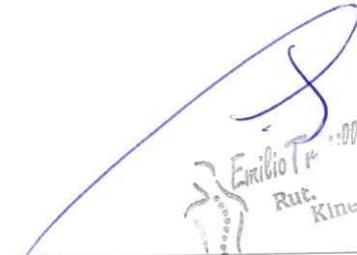
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-06-2025</b>	<b>30-06-2025</b>

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	Funciones	N° 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			

**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)	 <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCIÓN</p>
Nombre Completo: <b>CAROLINA DIAZ CHAVARRÍA</b> RUT:	Nombre Completo: <b>CLAUDIA GALLARDO CORTES</b> RUT:

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p>Emilio Zamorano Ruc. Kines...</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCION</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>