



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

| | | |
|--|----------------------------|-----------------|
| Establecimiento | CESFAM Pedro Aguirre Cerda | |
| Nombre Completo | Felipe Iván Letelier Muñoz | |
| RUT | | |
| Programa | Extensión Horaria | |
| Profesión/cargo | Enfermera/o | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes 0 HORAS | Sábados 4 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NA | |
| Días licencia | NA | |
| Fecha Informe | 30-06-2025 | |

| | |
|------------------|-----------|
| NUMERO DE BOLETA | Nº 46 |
| MONTO BOLETA | \$ 37.748 |

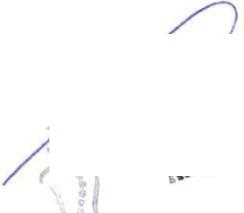
| | | |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 01-06-2025 | HASTA: día - mes- año 30-06-2025 |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| Nº | Funciones | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|--------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | Realización EMPAM | 3 | |
| 2 | Realización EVALUACIÓN PIE DIABÉTICO | 2 | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |

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>Nombre Completo: Felipe Iván Letelier Muñoz RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Elizabeth Ledezma Gallardo RUT: ENFERMERA</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |