



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	
Nombre Completo	LUCAS EDUARDO GUZMAN RAMIREZ	
RUT		
Programa	EXTENSION PROCEDIMIENTOS	
Profesión/cargo	TENS	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 4 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	30-06-2025	

NUMERO DE BOLETA	<b>18</b>
MONTO BOLETA	<b>\$ 22.956.-</b>

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en SOME y procedimientos		
<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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Directora CESFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCION</p>
<p><b>Nombre Completo: LUCAS GUZMAN RAMIREZ</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b> <b>RUT:</b></p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p>Cecilia Zamorano</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  <p>MUNICIPALIDAD GABRIEL GONZALEZ DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCION</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

*[A large, faint, diagonal handwritten line or signature spans across the lower half of the page.]*