



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

Establecimiento	CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ	
Nombre Completo	NICOLAS MARCELO VEGA GALLARDO	
RUT		
Programa	EDF	
Profesión/cargo	Médica/o	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes 44	Sábados 0
Días permiso administrativo o vacaciones	-	
Días licencia	-	
Fecha Informe	30/06/2025 ✓	

NUMERO DE BOLETA	<b>4</b>
MONTO BOLETA	<b>110664</b>

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

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

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria	<b>12</b>	
<b>2</b>	Otras		
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</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 / <u>P. Juridica</u>)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: NICOLAS MARCELO VEGA GALLARDO</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

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