



**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION  
COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL**

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	
Nombre Completo	MARIA PAZ GEMITA GONZALEZ URZUA	
RUT		
Programa	EXTENSION HORARIA	
Profesión/cargo	TENS esterilización	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes 36 HRS	Sábados 4 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	18-06-2024	

NUMERO DE BOLETA	<b>246</b>
MONTO BOLETA	<b>\$202.236.-</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21-05-2024</b>	<b>20-06-2024</b>

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en labores de esterilización		
2	Otras		
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**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>The stamp includes the text: 'Dr. Emilio Schaffhauser', 'CESFAM', 'DR. E. SCHAFFHAUSER', and 'DIRECCIÓN'. A blue ink signature is written over the stamp.</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> MARIA GONZALEZ URZUA <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> CLAUDIA GALLARDO CORTES <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>