



MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

INFORME MENSUAL DE GESTIÓN
COD.201 SUELDO GENERAL

| | |
|--|-------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM CARDENAL CARO |
| Nombre Completo | OCLEDIA FABIOLA MELLA SALINAS |
| DT | |
| Programa | CONFIRMACION DE CITAS |
| Profesión | ADMINISTRATIVO/A |
| Horas trabajadas semanales | 44 HRS |
| Días con permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días de licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18-06-2024 |

| | |
|------------------|--------|
| NÚMERO DE BOLETA | 33 |
| CÓDIGO DE BOLETA | 655758 |

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 06- 2024 | HASTA: 30 - 06- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| No. | Funciones | Nº de Actividades | Observaciones |
|-----|-----------------------|-------------------|---------------|
| | CONFIRMACION DE CITAS | 641 | JUNIO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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. Juridica) | Timbre y Firma Directora CESFAM |
| Nombre Completo: <i>OCLEDIA MELLA</i> | Nombre Completo: <i>Carolina Castro</i> |
| RUT: | RUT: |



| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: | Nombre Completo: |
| RUT: | RUT: |