



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

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

| | | |
|--|-----------------------------------|---------------|
| Establecimiento | DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA | |
| Nombre Completo | CRISTIAN RODRIGO CARMONA AGUILERA | |
| RUT | | |
| Programa | EXTENSION HORARIA | |
| Profesión/cargo | Administrativo/a | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes | Sábados 8 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A | |
| Días licencia | N/A | |
| Fecha Informe | 18 DE JUNIO DE 2024 | |


| | |
|------------------|--------------------|
| NUMERO DE BOLETA | 90 |
| MONTO BOLETA | \$ 36.072.- |

| | | |
|--------------------|--|--|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 21-05-2024 | HASTA: día - mes- año 20-06-2024 |
|--------------------|--|--|

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 recepción de personas y llamados telefónicos | | |
| 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>Nombre Completo: CRISTIAN CARMONA AGUILERA RUT:</p> | <p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:</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> |