

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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II	
Nombre Completo	FERNANDA VALENTINA TORRES ARANIBAR ✓	
RUT		
Programa	PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR ✓	
Profesión/cargo	Enfermera/o ✓	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados: 8 HRS ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia	0	
Fecha Informe	18-06-2024 ✓	

NUMERO DE BOLETA	<b>55</b> ✓
MONTO BOLETA	<b>75.496</b> ✓

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

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

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria	<b>13</b> ✓	<b>4 EMPAM, 4 EMPA, 5 EV PIE DIABETICO</b> ✓
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><b>Nombre Completo: FERNANDA VALENTINA TORRES ARANIBAR</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: CAROLINA ISABEL PEREZ PALMA</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>

