



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL
--------------------------------------	---

Establecimiento	Cesfam Emilio Schaffhauser A	
Nombre Completo	Ivania Paz Ogalde Olivares	
RUT		
Programa		
Profesión/cargo	Enfermera	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados: 4 (01-06-2024)
Días permiso administrativo o vacaciones		
Días licencia		
Fecha Informe	18/06/2024	

NUMERO DE BOLETA	28
MONTO BOLETA	\$37.748

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 05 - 2024	HASTA: 20 - 06 - 2024
--------------------	-----------------------	-----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria EMPA	1	
2	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria EMPAM	1	
3	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria Evaluación de pie diabético	1	
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

9			
10			
11			
12			

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: <i>Isamía Ogalde Olivares</i> RUT:</p>	<p>Nombre Completo: <i>Aleandra Jellouh Contreras</i> 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>