

**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**

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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II	
Nombre Completo	MICHAEL ALFONSO AVILA HERNANDEZ	
RUT		
Programa	-	
Profesión/cargo	Administrativo/a	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes: 6	Sábados: 0
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia	0	
Fecha Informe	18-06-2024	

NUMERO DE BOLETA	<b>1</b>
MONTO BOLETA	<b>\$22.698</b>

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en labores de recepción de personas y llamados telefónicos	<b>2</b>	<b>RECEPCION, ADMISION EN HORARIO DE EXTENSION HORARIA</b>
<b>2</b>	Otras		
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</b>			

**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 Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo: MICHAEL AVILA HERNANDEZ</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: CAROLINA PEREZ PALMA</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

