



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

Establecimiento	CESFA Pedro Aguirre Cerda	
Nombre Completo	Mónica Susana Contreras Cortés	
RUT		
Programa	FOFAR	
Profesión/cargo	TENS farmacia	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 4
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	18 de julio de 2024 /	

NUMERO DE BOLETA	<b>432</b> /
MONTO BOLETA	<b>22.956</b> /

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>21-06-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>20-07-2024</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, en labores de farmacia		
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: Mónica Susana Contreras Cortés</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: Lizette Lee Gallardo</b> <b>RUT:</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Lizette Lee Gallardo</i> ENFERMERA</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>