

| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br>COD.201 SUELDO GENERAL |
|-------------------------------|--|
|-------------------------------|--|

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Establecimiento                          | Cesfam Cardenal Caro       |
| Nombre Completo                          | Tannia Paz Molina Cañete   |
| RUT                                      |                            |
| Programa                                 | Sueldos honorarios general |
| Profesión                                | NUTRICIONISTA              |
| Horas trabajadas semanales               | 44                         |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                          |
| Días licencia                            | -                          |
| Fecha Informe                            | 18-07-2024                 |

|                  |         |
|------------------|---------|
| NÚMERO DE BOLETA | 26      |
| MONTO BOLETA     | 1378836 |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 01 - Julio - 2024     | 31 - Julio -2024      |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA  | RESULTADO |
|----|---|-----------|
| 1  | Visita domiciliaria integral                      | X         |
| 2  | Talleres  |           |
| 3  | Control de salud cardiovascular por nutricionista | X         |
| 4  | EMPA  | X         |
| 5  | Consulta o control nutricional                    | X         |
| 6x | Consulta lactancia materna                        |           |
| 7  | Control niño sano por nutricionista               | X         |
| 8  | Control otros problemas de salud                  | X         |

**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. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br> |
| Nombre Completo: Tannia Molina Cañete<br>RUT:                              | Nombre Completo: Catalina Castillo M.<br>RUT:  |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo:<br>RUT:             | Nombre Completo:<br>RUT:           |