

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

|  |                                |           |
|--|--------------------------------|-----------|
| Establecimiento                          | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA     |           |
| Nombre Completo                          | NATALIA CAROLINA FUENTES JOFRE |           |
| RUT                                      |                                |           |
| Programa                                 | EXTENSION HORARIA              |           |
| Profesión/cargo                          | Médica/o                       |           |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes                | Sábados 8 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                              |           |
| Días licencia                            | 0                              |           |
| Fecha Informe                            | 25.07.2024                     |           |

|                  |                |
|------------------|----------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>43</b>      |
| MONTO BOLETA     | <b>147.552</b> |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JULIO              | <b>21.06.2024</b>     | <b>20.07.2024</b>     |

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

| Nº | Funciones  | Nº de Actividades | Observaciones                      |
|----|--|-------------------|------------------------------------|
| 1  | Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria | 20                | <b>CARDIOVASCULAR Y MORBILIDAD</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: Natalia Fuentes Jofré</b><br/><b>RUT:</b></p>              | <p><b>Nombre Completo: Lizette Ledezma Gallardo</b><br/><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><br/><b>RUT:</b></p>                                    | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |