



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION COD. 201 SUELDO GENERAL |
|--------------------------------------|---|

| | |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo | GABRIELA FERNANDEZ PORRAS |
| RUT | |
| Programa | PERCAPITA |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas semanales | 44 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia | N/A |
| Fecha Informe | 26 DE JULIO DE 2024 |

| | |
|------------------|--------------|
| NÚMERO DE BOLETA | 11 |
| MONTO BOLETA | \$ 734.236.- |

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-07-2024 | HASTA: 31-07-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1 | Registro de atenciones en ficha clínica. | |
| 2 | Otras funciones que competen al área de vacunatorio. | |

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 |
| Nombre Completo: GABRIELA FERNANDEZ PORRAS RUT: | Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT: |