

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

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ |
| Nombre Completo                          | ELOISA GUILLERMINA ALVAREZ ALFARO    |
| RUT                                      |                                      |
| Programa                                 | CONFIRMACIÓN METAS E IAAPS           |
| Profesión                                | ADMINISTRATIVO/A                     |
| Horas trabajadas semanales               | 44 HORAS                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                      |
| Días licencia                            |                                      |
| Fecha Informe                            | 19 DE SEPTIEMBRE 2024                |

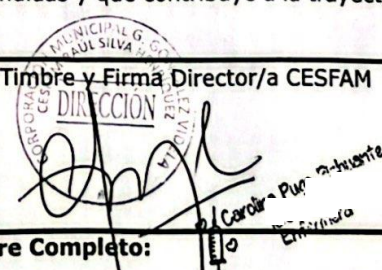
|                  |              |
|------------------|--------------|
| NUMERO DE BOLETA | N° 32        |
| MONTO BOLETA     | \$ 655.758.- |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día 01.09.2024 | HASTA: día 30.09.2024 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | Funciones  | N° de Actividades | Observaciones |
|----|--|-------------------|---------------|
| 1  | CONFIRMACIÓN TELEFÓNICA CITAS MÉDICAS: PSCV.   |                   |               |
| 2  | CONFIRMACIÓN CITAS C/ENFERMERAS(O):CONTROL DE SALUD CICLO VITAL - DSM - CONTROL DE SALUD DEL ADOLESCENTE |                   |               |
| 3  | KINESIOLOGO (A):CONTROL CRÓNICOS SALA IRA Y SALA ERA.  |                   |               |

**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.

|                  |  |  |
|------------------|--|--|
| T<br>pre         |  | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br> |
| Nombre Completo: |  | Nombre Completo:   |
| RUT:             |  | RUT:   |

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