



INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO 2024

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	EVELYN DEL CARMEN ARAYA GUERRERO
RUT	
Programa	EXTENSION PROCEDIMIENTOS
Profesión	TENS
Fecha de informe	04-12-2024

Numero de Boleta	<b>296</b>
Monto Boleta	<b>\$45.912.-</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21-07-2024</b>	<b>20-08-2024</b>

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

BOLETA CORRESPONDE AL PERIODO DEL MES DE AGOSTO DE 2024, FUE PRESENTADA CON ERRORES.

---



---



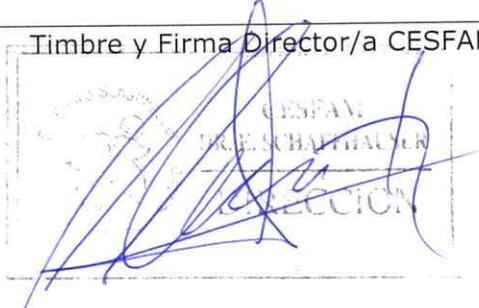
---



---



---

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo:</b> EVELYN ARAYA GUERRERO <b>RUT:</b>	 <b>Nombre Completo:</b> CLAUDIA GALLARDO CORTES <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa
 <b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	
Nombre Completo	EVELYN DEL CARMEN ARAYA GUERRERO	
RUT		
Programa	EXTENSION PROCEDIMIENTOS	
Profesión/cargo	TENS	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 8 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	03-12-2024	

NUMERO DE BOLETA	<b>296</b>
MONTO BOLETA	<b>\$45.912.-</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>21-07-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>20-08-2024</b>
--------------------	--	--

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

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en SOME y procedimientos	<b>14</b>	
<b>2</b>	Otras		
<b>3</b>			

**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
<b>Nombre Completo:</b> EVELYN ARAYA GUERRERO <b>RUT:</b> _____	 <b>Nombre Completo:</b> CLAUDIA GALLARDO CORTES <b>RUT:</b> _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



**Nombre Completo:**  
**RUT:**

**Nombre Completo:**  
**RUT:**