

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	FRANCISCA PRADO LONZA
RUT	
Programa	PROGRAMA CARDIOVASCULAR
Profesión	MEDICO
Fecha de informe	30 DE NOVIEMBRE DE 2024

Numero de Boleta	N° 1317
Monto Boleta	\$ 75.000.-

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-09-2024	HASTA: 20-10-2024
--------------------	-------------------	-------------------

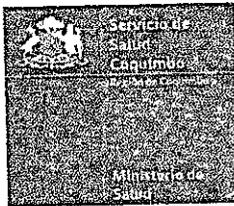
Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

BOLETA PRESENTADA FUERA DE PLAZO CON ERRORES

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: FRANCISCO PRADO LONZA RUT:	Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo: RUT:





I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO EN APS COD 277)
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	FRANCISCA PRADO LONZA
RUT	
Programa	PROGRAMA CARDIOVASCULAR
Profesión	MEDICA
Horas trabajadas semanales	3 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días Ilcencia	N/A
Fecha Informe	30 DE NOVIEMBRE DE 2024

MONTO Y N° BOLETA	N° 1317 \$ 75.000.-
-------------------	---------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-09-2024	HASTA: 20-10-2024
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	REALIZACIÓN DE CONTROLES EN PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DM2 Y/O HTA, PARA AUMENTAR LA COMPENSACIÓN DE SUS PATOLOGÍAS CRÓNICAS	6	
2			
3	OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)		
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>Nombre Completo: FRANCISCA PRADO LONZA RUT:</p>	<p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

Carolina Pérez Palma