

**INFORME JUSTIFICACION BOLETA COBRO ATRASADO**  
2024

Establecimiento	CRSH
Nombre Completo	KIRENIA LORENZA ALVAREZ CONTRERAS
RUT	
Programa	OPERATIVO PAP MOVIL
Profesión	MATRONA
Fecha de informe	18/03/2024

Numero de Boleta	26
Monto Boleta	47.187

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/01/2024	20/02/2024

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**

\_\_\_\_\_

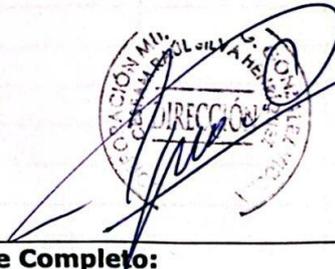
**ME ENCONTRABA CON PERMISO ADMINISTRATIVO EL DIA DE RECEPCION DE BOLETAS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: <i>KIRENIA ALVAREZ C.</i></p> <p>RUT:</p>	<p>Nombre Completo:</p> <p>RUT:</p>

Timbre y Firma Coordinadora Programa

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD. 202 EXTENSIÓN HORARIA GENERAL
-------------------------------	--

Establecimiento	CRSH - PAP MOVIL	
Nombre Completo	KIRENIA LORENZA ALVAREZ CONTRERAS	
RUT	16442131-7	
Programa	PAP MOVIL	
Profesión/cargo	Matrón/Matrona	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 09:00-14:00
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia	0	
Fecha Informe	18/03/2024	

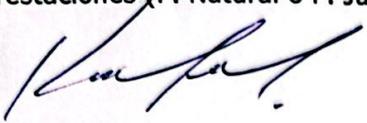
NUMERO DE BOLETA	26
MONTO BOLETA	47.187

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/01/2024	20/02/2024

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

	Funciones	Número de Atenciones	Observaciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria		
2	Otras		
3	OPERATIVO PAP MOVIL SABADO 17/02/2024		
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: GIMNIO ALVAREZ RUT: 16442131 - 7</p>	<p>Nombre Completo: 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>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14