

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	Equipo Salud Rural La Serena
Nombre Completo	Juan Andrés Godoy Inostroza
RUT	
Programa	Resolutividad APS
Profesión	Médico Cirujano
Fecha de informe	19/03/24

Numero de Boleta	171
Monto Boleta	69850

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 21/11/23	HASTA: día - mes- año 20/12/23
--------------------	--	--

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

Diciembre 2023

El informe enviado adjunto a la boleta fue en el formato anterior, no el actualizado, por lo cual el Sr. Rodrigo Fernández indica anular dicha boleta y realizarla al iniciar convenio 2024

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Directora CESFAM
	
Nombre Completo: <i>Juan Godoy Inostroza</i> RUT:	Nombre Completo: <i>ANDREA ELIZABETH ALVAREZ ALVAREZ</i> RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo: RUT:



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (MEDICO GESTOR GES COD 223)
--------------------------------------	---

Establecimiento	Equipo Salud Rural La Serena
Nombre Completo	Juan Andrés Godoy Inostroza
RUT	
Programa	Resolutividad APS
Profesión	Médico Cirujano
Horas trabajadas semanales	5
Días permiso administrativo o vacaciones	11/12/23: 1 día 15/12/23 ½ día
Días licencia	21/11/23: 1 día
Fecha Informe	19/03/2024


MONTO Y N° BOLETA	69850 - 171
-------------------	--------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 21/11/23	HASTA: día - mes- año 20/12/23
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	SIC REVISADAS Y GESTIONADAS MENSUAL	61	
2	HORAS DE GESTIÓN MENSUAL	5	
3	OTRAS (SIN ESPECIFICAR)	0	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

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: <i>Sumi Gaday Inostroza</i> RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: <i>ANDEO ELIZABETH ALVAREZ ALVAREZ</i> 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>

