

**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	<b>171</b>
Monto Boleta	<b>69850</b>

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

**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>	Nombre Completo: <i>ANDREA ELIZABETH ALVAREZ</i>
RUT:	RUT: <i>ALVAREZ</i>

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo:
RUT:



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

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	<b>69850 - 171</b>
-------------------	--------------------

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

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

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

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Sumi Koday Inostroza</i> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>ANDEO ELIZABETH ALVAREZ ALVAREZ</i> <b>RUT:</b> _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____</p>

