

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	CAROLINA STEFFY GALLEGOS CORTES
RUT	
Programa	CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN
Profesión	TONS
Fecha de informe	ENERO 2024

Numero de Boleta	12
Monto Boleta	208.334

PERIODO DE INFORME	DESDE: 15/01/2024	HASTA: 31/01/2024
--------------------	-------------------	-------------------

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

Junto con saludar, le escribo para enviar evidencia referente a mi caso, el cual consiste en el no pago de mi sueldo correspondiente del mes de enero y febrero el cual por negligencia del señor Patricio Tapia, el cual él era el encargado de recepcionar las boletas de honorarios y enviarlas a la corporación.

el cual el día de martes 5 de marzo del correspondiente año, me dirigí al banco a retirar mi pago, el cual me informaron que no hay ningún registro de pago a mi nombre.

Me comuniqué con el SR Patricio Tapia, vía WhatsApp, comunicando que ya no trabaja en PAC, trate de comunicarme con la Srta Macarena Vargas el cual no recibí respuesta hasta el siguiente día.

El día miércoles 6 de marzo, Srta Macarena Vargas se contacta conmigo, solicitando que le envíe el número de boleta, respondiendo que la boleta no fue recepcionada desde el centro de salud hacia la corporación, solicitando que me dirigiera a Dirección del Cesfam PAC, el cual fui atendida por ud.

Envío toda evidencia adjunta.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	 <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p><i>Lizette Ledezma Gallardo</i></p> <p>ENFERMERA</p>
Nombre Completo: CAROLINA STEFFY GALLEGOS CORTES RUT:	Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo: RUT:

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION CODIGO 201
-------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre	CAROLINA STFFY GALLEGOS CORTES
Profesión	TONS
Horas trabajadas	22
Días permiso administrativo o vacaciones	NO
Días licencia médica	NO
Periodo de informe (mes)	ENERO 2024

MONTO BOLETA	208.334
--------------	---------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 15/01/2024	HASTA: 31/01/2024
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	RECEPCION DE PACIENTES
2	PREPARACION DE INSUMOS
3	PREPARACION DE BOX
4	PRELAVADO Y TRASPORTE DE MATERIAL
5	RETIRO DE MATERIAL ESTERIL
6	ASISTENCIA DENTAL EN BOX

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)



Timbre y Firma Director CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA	Firma prestador de servicios
Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO	Nombre: CAROLINA STFFY GALLEGOS CORTES