

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	POLIVIO ADRIAN NARVAEZ MEDRANDA
Rut:	
Programa	SERVICIO APS DE URGENCIAS SAR CRSH
Profesión	MEDICO

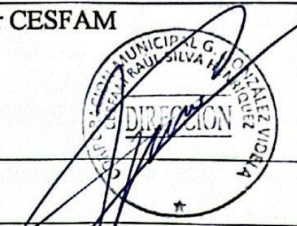
MONTO BOLETA	376.497
N° BOLETA	270

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

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

No realice el cobro de boleta en el mes correspondiente ya que me encontraba fuera del país.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídico)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Polivio Adrián Narváez Medranda Rut:	Nombre: Rut:



Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut: