Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo
Ministerio de Salud

CORPORACION MUNICIPAL
Gabriel Gonzalez Videla
La Serena

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL

Establecimiento	CESFAM Las Compañías	
Nombre Completo	Mitzy Alejandra Sepúlveda Olivares	
RUT		
Programa	Extensión horaria	
Profesión/cargo	Enfermera/o	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes 0	Sábados 4
Días permiso administrativo o vacaciones	-	
Días licencia	-	
Fecha Informe	18 Junio 2024	

NUMERO DE BOLETA	**31**
MONTO BOLETA	**37.748**

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - Abril- 2024	HASTA: 20 - Mayo- 2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria	**6**	**EMPA- EMPAM- EV. PIE DIABETICO**
2			
3			
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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: Mitzy Alejandra Sepúlveda Olivares **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**

CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA
CESFAM LAS COMPAÑIAS
DIRECCIÓN

Carolina Troncoso Checcón
Kinesióloga

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**

CORPORACION MUNICIPAL
Gabriel Gonzalez Videla
La Serena

INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO 2024

Establecimiento	CESFAM Las Compañías
Nombre Completo	Mitzy Alejandra Sepúlveda Olivares
RUT	
Programa	Extensión horaria
Profesión	Enfermera
Fecha de informe	18 Junio 2024

Numero de Boleta	**31**
Monto Boleta	**37.748**

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - Abril- 2024	HASTA: 20 - Mayo- 2024

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

Envío de boleta de honorarios a dirección de correo electrónico incorrecto

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: Mitzy Alejandra Sepúlveda Olivares **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**

CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GUIÑEZ VIDELA CESFAM LAS COMPAÑÍAS DIRECCIÓN

Carolina Troncoso Checcón
Kinesióloga

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo: **RUT:**