



**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	FRANCISCA URIBE TURRIETA
RUT	-----
Programa	EXTENSION HORARIA
Profesión	MEDICA
Fecha de informe	18 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Numero de Boleta	38
Monto Boleta	\$ 148.779.-

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-07-2024	HASTA: 20-08-2024
--------------------	-------------------	-------------------

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

BOLETA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO 2024, NO PRESENTADA POR ENCONTRARSE CON LICENCIA MEDICA

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (D. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: FRANCISCA URIBE TURRIETA RUT: -----</p>	<p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT: -----</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGISTRO MENSUAL DE PROFESION
--------------------------	-------------------------------

Establecimiento	CESA (Emilio Schaffhauser)	
Nombre Completo	Francisca Javiera Uribe Turrieta	
RUT		
Programa	Extensión horaria L-V	
Profesión/cargo	Médica/o	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes 9 horas	Sábados
Días permiso administrativo o vacaciones	-	
Días licencia	-	
Fecha Informe	18/09/24	

NUMERO DE BOLETA	38
MONTO BOLETA	148.779

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21- 07- 2024	HASTA: 20 - 08 - 2024
--------------------	---------------------	-----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

	Actividad	Registros	Observaciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en <i>extensión horaria</i>		
2	Otras		
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.

<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: Francisca Javiera Uribe Turrieta RUT: -----</p>	<p>Nombre Completo: E.U. Claudia Gallardo Cortés RUT: DIRECTORA CESFAM SCHAFFHAUSER</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>