



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO EN APS COD 277)
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	RODRIGO ANTONIO FORTEZA BUSTOS
RUT	
Programa	Extensión horaria PSCV
Profesión	MEDICO/A
Horas trabajadas semanales	3 hrs semanales
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	27/09/2024

MONTO Y N° BOLETA	110.000 nro 29
-------------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
18/06/2024		17/07/2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	REALIZACIÓN DE CONTROLES EN PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DM2 Y/O HTA, PARA AUMENTAR LA COMPENSACIÓN DE SUS PATOLOGÍAS CRÓNICAS	11	2 días de extensión con total 11 atenciones
2			
3	OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

11			
12			

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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: Rodrigo Torres Buitrón RUT:	Nombre Completo: RUT:

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

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM CRSH
Nombre Completo	RODRIGO FORTEZA BUSTOS
RUT	
Programa	ESTRATEGIA PSCV
Profesión	MEDICO
Fecha de informe	27/09/2024

Numero de Boleta	29
Monto Boleta	110.000

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	18/06/2024	17/07/2024

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

Durante el mes de julio no realice la boleta correspondiente al mes en la fecha establecida, posteriormente en el mes de agosto no la realice dado que me encontraba de vacaciones y no podía entregar la documentación adjunta solicitada

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: <i>Rodrigo Forteza Bustos</i> RUT:	Nombre Completo: RUT:

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