



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

Establecimiento	CESFASM PEDRO AGUIRRE CERDA	
Nombre Completo	CATALINA FERNANDA RIVERA SEURA	
RUT		
Programa	EXTENSION HORARIA	
Profesión/cargo	Auxiliar de servicio	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia	0	
Fecha Informe	18-09-2024	

NUMERO DE BOLETA	3
MONTO BOLETA	\$12.292

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de labores de aseo, desinfección y ornato en las dependencias del CESFAM en extensión horaria		
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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: CATALINA FERNANDA RIVERA SEURA RUT:	Nombre Completo: <i>Lizette Ledezma Gallardo</i> RUT: <i>ENFERMERA</i>
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 PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	CATALINA FERNANDA RIVERA SEURA
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA
Profesión	Auxiliar de servicio
Fecha de informe	18-09-2024

Numero de Boleta	3
Monto Boleta	\$12.292

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 21/07/2024	HASTA: día - mes- año 20/08/2024
--------------------	--	--

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

POR MOTIVO DE AUSENCIA NO PUDE ENTREGARLA, SE ENTREGO FUERA DE PLAZO.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: Catalina Rivera RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre Completo:
RUT: