

<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA	
Nombre Completo	FELIPE IGNACIO MILLA CORTES	
RUT		
Programa	EXTENSION HORARIA	
Profesión/cargo	Médica/o	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	-	
Días licencia	-	
Fecha Informe	18-10-2024	

NUMERO DE BOLETA	<b>143</b>
MONTO BOLETA	<b>73.776</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21-09-2024</b>	<b>20-10-2024</b>

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria	8	
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. Ésto 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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p><i>Cisette Cedezma Gallardo</i></p>
<p><b>Nombre Completo:</b> FELIPE MILLA CORTES <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> ENFERMERA</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2024**

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	FELIPE IGNACIO MILLA CORTES
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA
Profesión	MEDICO
Fecha de informe	18-10-2024

Numero de Boleta	<b>143</b>
Monto Boleta	<b>73.776</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21-04-2024</b>	<b>20-05-2024</b>

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**

**Realice extensión horaria el día sábado 18 de Mayo, el cual no pude cobrar debido a múltiples trabajos fuera de la región. Como única vez olvide realizarla.**

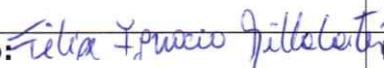
---



---



---

Timbre y firma del ejecutor de las	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	
<b>Nombre Completo:</b>	<b>Nombre Completo:</b>
<b>RUT:</b>	<b>RUT:</b>
	ENFERMERA

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