



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (UAPO COD 241)
-------------------------------	---

Establecimiento	Cesfam Dr. Emilio Schaffhauser Acuña
Nombre Completo	Rossana Milena Hernández Estévez
RUT	
Programa	UAPO
Profesión	Médico Oftalmólogo
Horas trabajadas semanales	3.5
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	SEPTIEMBRE

MONTO Y N° BOLETA	520.000 / N° 469
-------------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-08-2024	HASTA: 20-09-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS)	26	
2	HORAS TRABAJADAS MENSUAL	7	
3	FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO)		
4	OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)		
5			
6			

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  Nº. 14014 JAN 14 2014 Subdirector
Nombre Completo: Rossana Milena Hernández Estévez RUT: _____	Nombre Completo: Cesfam Dr. E. Schaffhauser RUT: La Serena

Timbre y Firma Coordinadora Programa  Rodrigo Soto Zamora RUT: 1 MA ROM	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: _____ RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____

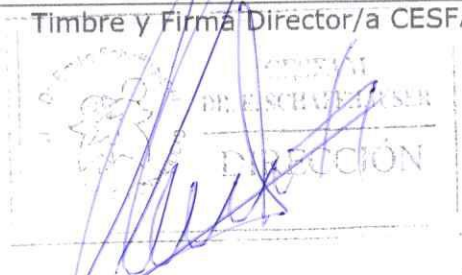
**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	Cesfam Dr. Emilio Schaffhauser Acuña
Nombre Completo	Rossana Milena Hernández Estévez
RUT	
Programa	UAPO
Profesión	Médico Oftalmólogo
Fecha de informe	30-11-2024

Numero de Boleta	469
Monto Boleta	520.000

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-08-2024	HASTA: 20-09-2024
--------------------	-------------------	-------------------

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia
REALIZÉ LA BOLETA Y FUE RECHAZADA POR FALTA DE DOCUMENTOS DE RESPALDO. _____

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (D. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: Rossana Milena Hernández Estévez RUT:	Nombre Completo: <i>Fabián Jamet Riquelme</i> RUT: Subdirector Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Nombre Completo: <i>Rodrigo Soto Zamora</i> RUT: <i>RUT</i> MATRÓN: <i>MATRÓN</i>
---	---