



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

Establecimiento	CESFAM Raúl Silva Henríquez	
Nombre Completo	Jessica Lorena Azola Valdivia	
RUT		
Programa	Extensión horaria	
Profesión/cargo	Medico	
Horas trabajadas semanales		Sábados 4 horas
Días permiso administrativo o vacaciones		
Días licencia		
Fecha Informe	31/12/24	

NÚMERO DE BOLETA	47
MONTO BOLETA	<b>73776</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - NOVIEMBRE-2024	HASTA: 30 - NOVIEMBRE- 2024
--------------------	----------------------------	-----------------------------

<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	9	
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. Juridica)

Timbre y Firma Director/a CESFAM



**Nombre Completo: Jessica Azola Valdivia**  
**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	RAUL SILVA HERRIQUEZ
Nombre Completo	JESSICA AZOLA VALDIVIA
RUT	
Programa	extensión horaria
Profesión	MEDICO
Fecha de informe	31-12-2024

Numero de Boleta	47
Monto Boleta	73.776

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-11-2024	31-11-2024

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**  
**NO TUVE TIEMPO DE REALIZAR LA BOLETA ANTES DEBIDO A QUE NO ME PODIA PRESENTA DE FORMA FISICA PARA ENTREGAR LOS DOCUMENTOS.**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	 Carolina Puga Pichuente Enfermera
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa

<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>