



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

Establecimiento	CRSH	
Nombre Completo	XIMENA TAPIA MONDACA	
RUT		
Programa		
Profesión/cargo	Administrativo/a	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 4
Días permiso administrativo o vacaciones		
Días licencia		
Fecha Informe	30-04-2025	

NUMERO DE BOLETA	1
MONTO BOLETA	18036

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 03- 2025	HASTA: 31 - 03- 2025
--------------------	----------------------	----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en labores de recepción de personas y llamados telefónicos		
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: <i>Leonora Tola</i> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: <i>Enzo Tola</i> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CRSH
Nombre Completo	XIMENA TAPIA MONDACA
RUT	17294234-2
Programa	
Profesión	TANS
Fecha de informe	30-04-2025

Numero de Boleta	1
Monto Boleta	18036

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 03- 2025	HASTA: 31 - 03- 2025
--------------------	----------------------	----------------------

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

**ME ENCONTRABA DE VIAJE. FUERA DE LA
CIUDAD.**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) 	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: XIMENA TAPIA RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 
Nombre Completo: Ximena Tapia RUT: