



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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II	
Nombre Completo	Lincoln Sebastián Torres Faúndez	
RUT		
Programa	EXTENSIÓN HORARIA GENERAL	
Profesión/cargo	Médico	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes 0 horas	Sábados 4 horas ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	Ninguno	
Días licencia	Ninguno	
Fecha Informe	30/06/25 ✓	
NUMERO DE BOLETA	75 ✓	
MONTO BOLETA	73.776 ✓	
PERIODO DE INFORME	DESDE: 01/05/25 ✓	HASTA: 31/05/25 ✓

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria	9	

**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.  <b>Nombre Completo: Lincoln Sebastián Torres Faúndez</b> <b>RUT:</b>	Timbre y Firma Director/a CESFAM   <b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa   <b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud   <b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>



CORPORACION MUNICIPAL

La Serena

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2024**

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	Lincoln Sebastián Torres Faúndez
RUT	
Programa	EXTENSIÓN HORARIA GENERAL
Profesión	MÉDICO
Fecha de informe	30/06/25 ✓

Numero de Boleta	<b>75</b> ✓
Monto Boleta	<b>73.776</b> ✓

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01/05/25 ✓	HASTA: 31/05/25 ✓
--------------------	-------------------	-------------------

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**  
**Debido a falta de tiempo no hice la boleta correspondiente a una extensión horaria que cumplí el mes de mayo de 2025**

---



---



---

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo: Lincoln Sebastián Torres Faúndez</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón</b> <b>RUT:</b>

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