



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

Establecimiento	CESFAM PAC	
Nombre Completo	Natalia Carolina Fuentes Jofre	
RUT		
Programa	Extension Horaria	
Profesión/cargo	Médica/o	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 4 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia		
Fecha Informe	18/06/2024	

NUMERO DE BOLETA	33
MONTO BOLETA	73.760

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

<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	10	Cardiovascular y morbilidades
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 
<b>Nombre Completo: Natalia Fuentes Jofré</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: Lizette Ledezma Gallardo</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2024**

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	NATALIA CAROLINA FUENTES JOFRE
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA
Profesión	MEDICO
Fecha de informe	18.06.2024

Numero de Boleta	33
Monto Boleta	\$ 73.760

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21-04-2024	20-05-2024

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**  
**Me encontraba con licencia médica desde el 9 de mayo al 24 de mayo por lo que no pude entregar la boleta en el periodo determinado para ello.**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Directora CESFAM 
<b>Nombre Completo: Natalia Carolina Fuentes Jofre</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: Lizette Ledezma Gallardo</b> <b>RUT:</b>

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