



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

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS	
Nombre Completo	INGRID DEL PILAR AGUILAR CASTAÑEDA	
RUT		
Programa	-	
Profesión/cargo	Administrativo/a	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes: 3 HRS	Sábados
Días permiso administrativo o vacaciones	-	
Días licencia	-	
Fecha Informe	24/09/2024	

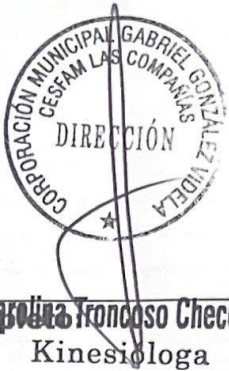
NUMERO DE BOLETA	<b>71</b>
MONTO BOLETA	<b>11.349</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>21-07-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>20-09-2024</b>
--------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
------------------------------------------------

Nº	Funciones	Nº 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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> INGRID DEL PILAR AGUILAR CASTAÑEDA <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Carolina Troncoso Checcón <b>RUT:</b> Kinesióloga</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2024**


Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	INGRID DEL PILAR AGUILAR CASTAÑEDA
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA
Profesión	ADMINISTRATIVO
Fecha de informe	24-09-2024

Numero de Boleta	71
Monto Boleta	11349

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-07-2024	HASTA: 20 - 08 - 2024
--------------------	-------------------	-----------------------

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**

La boleta ya la había realizado, y me pidieron cubrir una extensión ese mismo día del compañero diferido que no estaría y por eso quedo fuera de plazo y corresponde al mes de Agosto 2024

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	 <b>Carolina Troncoso Chacón</b> Kinesióloga
<b>Nombre Completo: INGRID DEL PILAR AGUILAR CASTAÑEDA</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

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

