

**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**CESFAM SANTA ROSA**  
**Mes de : OCTUBRE AÑO 2025**

II.-	<b>Boleta Número</b>	:5
	<b>Fecha Boleta</b>	:31/10/2025
	<b>Valor Bruto Boleta</b>	:\$405.030.-
	<b>Valor Cuota según Contrato</b>	:\$405.030.-

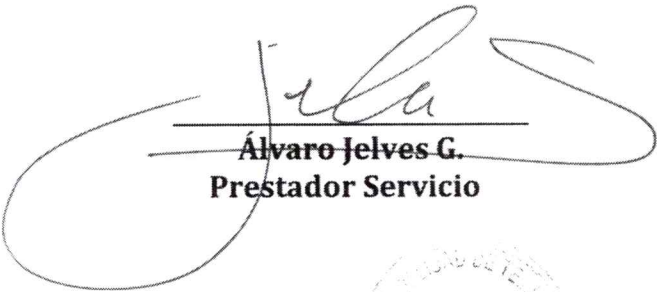
--

Atención Médica Horario de extensión lo que contempla:



IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Atención Médica de Atención Primaria en horario de extensión según detalle consignado en Certificado de turno mes de Octubre 2025. (Adjunto)

El detalle anterior resume el material y antecedentes **que se mantendrán como evidencia en poder de la Dirección.**

  
**Álvaro Jelves G.**  
**Prestador Servicio**

  
  
**Katherin Avendaño V.**  
**Subdirectora Clínica**

  
  
**Marisa Villalobos Castillo**  
**Directora**