

INFORME MENSUAL DE GESTION MEDICO GESTOR

| | |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento | Cesfam Dr. Emilio Schaffhauser Acuña |
| Nombre | Natalia Gormaz Gonzalez |
| Profesión | Medico |
| Horas trabajadas | 11 hrs. |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia médica | N/A |
| Periodo de informe (mes) | Diciembre |

| | |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$ 172.128 |
|--------------|------------|

| | | |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 21/11/23 | HASTA: día - mes- año 20/12/23 |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

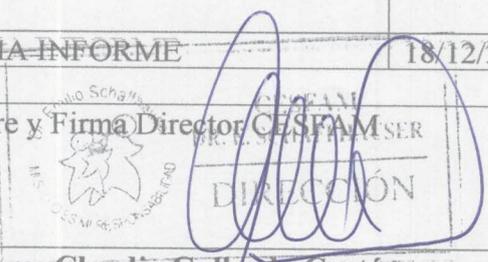
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1 | SIC REVISADAS Y GESTIONADAS MENSUAL | |
| 2 | HORAS DE GESTION MENSUAL | 11 |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | Otras (especificar las acciones) | |

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 Programa. 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.

| | |
|-------|--|
| FIRMA | |
|-------|--|

| | |
|---------------|------------|
| FECHA INFORME | 18/12/2023 |
|---------------|------------|

| | |
|---|--------------------------------------|
| Timbre y Firma Director CESFAM SER  | Timbre y Firma prestador de servicio |
| Nombre: <u>Claudia Gallardo Cortés</u> | Nombre: |