



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (MEDICO GESTOR GES COD 223)</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	MACIEL PAOLA FARIAS VILLA
RUT	
Programa	
Profesión	MÉDICO /
Horas trabajadas semanales	11 HRS /
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	18-04-24 /

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$153.670 - No103</b> /
-------------------	----------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21- 03- 2024 /	HASTA: 20-04-2024 /
--------------------	-----------------------	---------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>SIC REVISADAS Y GESTIONADAS MENSUAL</b>	<b>x</b>	
<b>2</b>	<b>HORAS DE GESTIÓN MENSUAL</b>	<b>11</b>	
<b>3</b>	<b>OTRAS (SIN ESPECIFICAR)</b>		
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</b>			
<b>11</b>			
<b>12</b>			

**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> <u>Mouel Fausto Valle</u> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <u>Georgina Pérez Peltre</u> <b>RUT:</b> _____</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>