



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

Establecimiento	CESFAM Las Compañías
Nombre Completo	Solange Pilar Muñoz Araya
RUT	
Programa	Resolutividad y GES
Profesión	Médico cirujano
Horas trabajadas	11 horas mensuales
Días permiso administrativo o vacaciones	No
Días licencia	No
Fecha Informe	Junio 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>153.670 / N°120</b>
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21-05-2024</b>	<b>20-06-2024</b>

<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>105</b>	<b>SIC AVIS (Excel adjunto)</b>
<b>2</b>	<b>HORAS DE GESTIÓN MENSUAL</b>	<b>11hrs</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.

Timbre y firma de prestaciones (P. Nat) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>	Timbre y Firma <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>
<b>Solange Pilar Muñoz Araya</b> <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre:</b> <u>Carolina Trancoso Checcón</u> <b>RUT:</b> _____ Kinesióloga
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre:</b> _____ <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre:</b> _____ <b>RUT:</b> _____