



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

Establecimiento	Cesfam Raul Silva Henriquez
Nombre Completo	Maria-Jesus Monserrat Alfaro Castillo
RUT	-----
Programa	Convenio resolutividad Medico Gestor
Profesión	Medico General
Horas trabajadas semanales	11 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	18-06-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>153.670 - 31</b>
-------------------	---------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>21-05-24</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>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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo:</b> Maria-Jesus Alfaro Castillo <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>