



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION (MEDICO GESTOR GES COD 223) |
|--------------------------------------|---|

| | |
|--|------------------------------|
| Establecimiento | Equipo Salud Rural La Serena |
| Nombre Completo | Juan Andrés Godoy Inostroza |
| RUT | |
| Programa | Resolutividad APS |
| Profesión | Médico Cirujano |
| Horas trabajadas semanales | 5 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 3 |
| Fecha Informe | 19/08/2024 |

| | |
|-------------------|--------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 69850 - 177 |
|-------------------|--------------------|

| | | |
|--------------------|--|--|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 21/07/24 | HASTA: día - mes- año 20/08/24 |
|--------------------|--|--|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|-----------|--|-------------------|---------------|
| 1 | SIC REVISADAS Y GESTIONADAS MENSUAL | 90 | |
| 2 | HORAS DE GESTIÓN MENSUAL | 5 | |
| 3 | OTRAS (SIN ESPECIFICAR) | 0 | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |

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. Jurídica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p>Nombre Completo: <u>Juana Cordero</u> RUT: _____</p> | <p>Nombre Completo: <u>Carola Fca. Thénoux Torres</u> RUT: _____</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> |
| <p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p> | <p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p> |

