



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	NATALIA GORMAZ GONZALEZ
RUT	
Programa	RESOLUTIVIDAD
Profesión	MEDICA
Horas trabajadas semanales	11 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	30 DE JUNIO DE 2025

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$ 160.193.- N° 31</b>
-------------------	---------------------------

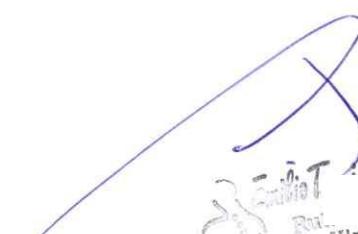
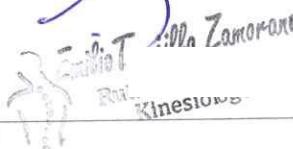
PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-06-2025	HASTA: 30-06-2025
--------------------	-------------------	-------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>SIC REVISADAS Y GESTIONADAS MENSUAL</b>	<b>158</b>	
<b>2</b>	<b>HORAS DE GESTION MENSUAL</b>	<b>11</b>	
<b>3</b>	<b>Otras (especificar las acciones</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 **DR. LA SERENA** de registrar 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)	<p style="font-size: small;">           Timbre y Firma Director/a CESFAM  <b>E.U. CLAUDIA GALLARDO CORTÉS</b>            DIRECTORA            CESFAM SCHAFFHAUSER            La Serena         </p>
<b>Nombre Completo: NATALIA GORMAZ GONZALEZ</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</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>