



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO EN APS COD 277)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	JOHANNA DEL CARMEN ROJAS ZEPEDA
RUT	
Programa	
Profesión	MEDICA
Horas trabajadas semanales	4
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>100.000 N° 57</b>
-------------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18-10 -2024	HASTA: 31-10-2024
--------------------	--------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>REALIZACIÓN DE CONTROLES EN PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DM2 Y/O HTA, PARA AUMENTAR LA COMPENSACIÓN DE SUS PATOLOGÍAS CRÓNICAS</b>	<b>8</b>	
<b>2</b>			
<b>3</b>	<b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</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>			

**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: Johanna Del Carmen Rojas Zepeda</b> <b>RUT: _____</b>	<b>Nombre Completo: Carolina Puga Pichuante</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>

C.P. INAPÉREZ P.  
 RUT: \_\_\_\_\_