



|                                      |                                                                                          |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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                          | OAULINA CORTES PASTEN        |
| RUT                                      |                              |
| Programa                                 | COD 277 CONVENIO PSCV MEDICO |
| Profesión                                | MEDICO/A                     |
| Horas trabajadas semanales               | 3                            |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                              |
| Días licencia                            |                              |
| Fecha Informe                            | 30/11/24                     |

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$75.000 - BOLETA 67 |
|-------------------|----------------------|

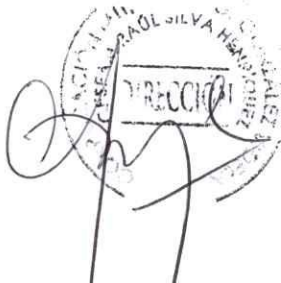
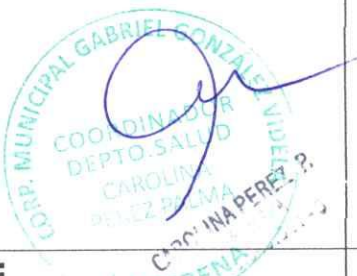
|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| 18/10/24           |                       | 31/10/24              |

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

| N° | Funciones según PRAPS                                                                                                                                    | N° de Actividades | Observaciones                             |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|
| 1  | <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> | 6                 | 1 EXTENSIN 22/10/24 CON 6 PCTES ATENDIDOS |
| 2  |                                                                                                                                                          |                   |                                           |
| 3  | <b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</b>                                                                                                                  |                   |                                           |
| 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><b>Nombre Completo: Paulina Alejandra Cortés Pastén</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                  | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                 |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                  | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                 |