



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

Establecimiento	CESFAMJOSE MARIA CARO
Nombre Completo	CONNIE HAYDEE ROBALINO MORALES
RUT	
Programa	COMP-PSCV MEDICO
Profesión	MEDICO/A
Horas trabajadas semanales	12
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	18/07/24

MONTO Y N° BOLETA	<b>180.000 numero de boleta 1085</b>
-------------------	--------------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-06-2024	HASTA: 20-07-2024
--------------------	-------------------	-------------------

<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>	18	
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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo:</b> CONNIEROBALINO <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> Francisco Valdebenito <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> _____