



| | |
|--------------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245) |
|--------------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Establecimiento | CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ - CECOSF VILLA LAMBERT |
| Nombre Completo | JORGE EDUARDO MORALES AGUIRRE |
| RUT | |
| Programa | CONVENIO CECOSF ✓ |
| Profesión | ENFERMERO |
| Horas trabajadas semanales | 44 HRS. ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18-07-2024 ✓ |

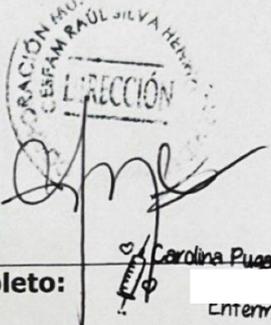
| | |
|-------------------|---------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 1.378.836 (N°35) ✓ |
|-------------------|---------------------------|

| | | |
|--------------------|---------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01- 07- 2024 | HASTA: 31-07-2024 |
|--------------------|---------------------|-------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | Curaciones avanzadas | 95 | |
| 2 | Control de ciclo vital | 3 | |
| 3 | Evaluación de pie diabético | 12 | |
| 4 | EMPAM | 8 | |
| 5 | Perfil de presión arterial | 11 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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: Jorge Eduardo Morales Aguirre. RUT: [Redacted]</p> | <p>Nombre Completo: Carolina Puga Pichante RUT: [Redacted]</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> |