



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

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM JOSE MARIA CARO         |
| Nombre Completo                          | CONNIE HAYDEE ROBALINO MORALES |
| RUT                                      |                                |
| Programa                                 | COMP-PSCV MEDICO               |
| Profesión                                | MEDICO/A                       |
| Horas trabajadas semanales               | 20 HORAS                       |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                |
| Días licencia                            |                                |
| Fecha Informe                            | 18/10/24                       |

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>250.000 - 1098</b> |
|-------------------|-----------------------|

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18-09-2024 | HASTA: 17-10-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

|  |
|--|
| <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> | 20                |               |
| 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. Juridica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p>Nombre Completo: <b>CONNIE ROBALINO</b><br/>RUT:</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>                                       | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>   |
| <p>Nombre Completo:<br/>RUT:</p>  | <p>Nombre Completo:<br/>RUT:</p>  |