



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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	ILSE ALEJANDRA VERA GONZÁLEZ
RUT	
Programa	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR
Profesión	MEDICO/A
Horas trabajadas semanales	4 HRS.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/10/24

MONTO Y N° BOLETA	\$100.000 N° 289
-------------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	18/09/24	17/10/24

<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>	8	
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: Ilse Alejandra Vera Gonzalez</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón</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>