



**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**      **INFORME MENSUAL DE GESTION (CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO EN APS COD 277)**

|  |   |
|--|---|
| Establecimiento                          | CESFAM Cardenal Caro  |
| Nombre Completo                          | Camilo Andres Larraín Suckel  |
| RUT                                      |   |
| Programa                                 | Convenio Cuidados preventivos - componente 2 (Compensación menores de 65 años descompensados) |
| Profesión                                | MEDICO/A  |
| Horas trabajadas semanales               | 3   |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0   |
| Días licencia                            | 0   |
| Fecha Informe                            | 18/10/2024  |

MONTO Y N° BOLETA      225000 , N° 131

PERIODO DE INFORME      DESDE: 18 septiembre 2024      HASTA: 17 octubre 2024  
AGOSTO

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | Funciones según PRAPS   | N° de Actividades | Observaciones                           |
|----|---|-------------------|---|
| 1  | REALIZACIÓN DE CONTROLES EN PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DM2 Y/O HTA, PARA AUMENTAR LA COMPENSACIÓN DE SUS PATOLOGÍAS CRÓNICAS | 18                | Jueves 03/10/24<br>10/10/24<br>17/10/24 |
| 2  |   |                   |   |
| 3  | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)  |                   |   |
| 4  |   |                   |   |
| 5  |   |                   |   |
| 6  |   |                   |   |
| 7  |   |                   |   |
| 8  |   |                   |   |
| 9  |   |                   |   |
| 10 |   |                   |   |
| 11 |   |                   |   |
| 12 |   |                   |   |

pensad  
pensad

**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. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br> |
| <b>Nombre Completo:</b> Camilo Larraín Suckel<br><b>RUT:</b>               | <b>Nombre Completo:</b> Catalina Castillo<br><b>RUT:</b>   |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                       | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud   |
| <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>                                     | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>   |