



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

Establecimiento	CESFAM Las Compañías
Nombre Completo	Sofia Antonia Salgado Inoque
RUT	
Programa	PRAPS PSCV
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	5
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/10/2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$59.500 - BOLETA N°1</b>
-------------------	------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>18/09/2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>17/10/2024</b>
--------------------	--	--

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<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>	<b>7</b>	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
<b>10</b>			

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><b>Nombre Completo: Sofia Antonia Salgado Inoque</b> RUT: _____</p>	<p><b>Nombre Completo: Carolina Francoso Checcón</b> RUT: _____ Kinesióloga</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> RUT: _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> RUT: _____</p>