



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

|                                          |                                    |
|------------------------------------------|------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM JUAN PABLO II               |
| Nombre Completo                          | CAROLINA ALEJANDRA SAAVEDRA PINEDA |
| RUT                                      |                                    |
| Programa                                 | PROGRAMA CARDIOVASCULAR            |
| Profesión                                | ENFERMERA                          |
| Horas trabajadas semanales               | 12                                 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NA                                 |
| Días licencia                            | NA                                 |
| Fecha Informe                            | 30/11/2024                         |

|                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$102.000 N° BOLETA 44 |
|-------------------|------------------------|

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01/11/2024 | HASTA: 30/11/2024 |
| OCTUBRE            |                   |                   |

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

| 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 | 12                | 9 EV DE PIE DIABETICO<br>3 PERFIL DE PRESION ARTERIAL |
| 2  | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)                                                                                                                  |                   |                                                       |

**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                               | estaciones (P.                                                       | Timbre y Firma Director/a CESFAM                     |
| Nombre C<br>PINEDA<br>RUT: :         | AROLINA SAAVEDRA                                                     | Nombre Completo: JUAN DIEGO MUÑOZ<br>OSSANDON<br>RUT |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa |                                                                      | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                   |
| Nombre Completo:<br>RUT:             | GABRIEL GONZALEZ<br>COORDINADOR<br>DEPTO. SALUD<br>CAROLINA PEREZ R. | Nombre Completo:<br>RUT:                             |