



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

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo                          | JOSE DANIEL CUARTIN MALDONADO        |
| RUT                                      |                                      |
| Programa                                 |                                      |
| Profesión                                | MEDICO                               |
| Horas trabajadas semanales               | 7                                    |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                      |
| Días licencia                            |                                      |
| Fecha Informe                            | 30-11-2024                           |

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>175.000 N° 91</b> |
|-------------------|----------------------|

|                    |                    |                   |
|--------------------|--------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18-10 -2024 | HASTA: 31-10-2024 |
|--------------------|--------------------|-------------------|

|  |
|--|
| <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>13</b>         |               |
| <b>2</b>  |  |                   |               |
| <b>3</b>  | <b>RESPUESTA CELULA NEFROLOFIA (HD)</b>  | <b>1</b>          |               |
| <b>4</b>  |  |                   |               |
| <b>5</b>  |  |                   |               |
| <b>6</b>  |  |                   |               |
| <b>7</b>  |  |                   |               |
| <b>8</b>  |  |                   |               |
| <b>9</b>  |  |                   |               |
| <b>10</b> |  |                   |               |
| <b>11</b> |  |                   |               |



**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: Jose Daniel Cuartin Maldonado</b><br/><b>RUT:</b></p>  | <p><b>Nombre Completo: Carolina Puga Pichuante</b><br/><b>RUT:</b></p>  |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>  | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>  |