



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

Establecimiento	Cesfam Emilio Schaffhauser A.
Nombre Completo	Ivania Paz Ogalde Olivares
RUT	
Programa	Continuidad del cuidado y tratamiento
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	1.5 (11/06/2024)
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	18/06/2024

MONTO Y N° BOLETA	\$18.000 N°29
-------------------	---------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 05- 2024	HASTA: 20 - 06- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

<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>	3	
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.

<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:</b> <i>Ivania Ogalde</i> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>María Jellato Cortés</i> <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> _____ <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____</p>