



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

| | |
|--|------------------------------|
| Establecimiento | Cesfam Pedro Aguirre Cerda |
| Nombre Completo | Ilse Alejandra Vera Gonzalez |
| RUT | |
| Programa | Compensacion PSCV |
| Profesión | MEDICO/A |
| Horas trabajadas semanales | 5.5 hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | No |
| Días licencia | No |
| Fecha Informe | 18.07 |

| | |
|-------------------|----------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 110.000 - 264 |
|-------------------|----------------------|

| | | |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18 - Junio- 2024 | HASTA: 17 - Julio- 2024 |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|

| |
|--|
| 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 | 11 | |
| 2 | | | |
| 3 | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES) | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |

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. Jurídica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p>Nombre Completo: Ilse Alejandra Vera gonzalez RUT:</p> | <p>Nombre Completo: <i>Lizette Ledezma Gallardo</i> RUT: _____ ENFERMERA</p> |

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