



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

| | |
|--|------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo | JORGE ANTONIO YESPICA ANGULO |
| RUT | |
| Programa | |
| Profesión | MÉDICO |
| Horas trabajadas semanales | 6 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia | |
| Fecha Informe | 18-07-2024 |

| | |
|-------------------|-----------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 120.000 N° 105 |
|-------------------|-----------------------|

| | | |
|--------------------|--------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18-06 -2024 | HASTA: 17 - 07- 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 | 12 | |
| 2 | | | |
| 3 | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES) | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

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>Nombre Completo: Jorge Antonio Yespica Anaulo RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Carolina Puga Pichuante 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> |