



**I. MUNICIPALIDAD DE
LA SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION EQUIDAD RURAL
COD. 225**

Establecimiento	EQUIPO DE SALUD RURAL - POSTA LAS ROJAS
Nombre Completo	RAFAEL LEONARDO CIFUENTES VALENZUELA
RUT	
Programa	EQUIDAD RURAL
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	Lunes a Viernes: 16 hrs. Sáb. Dom. y Festivos: 24 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA **246.320 BOLETA N° 45**

PERIODO DE INFORME DESDE: 21-10-2024 HASTA: 31-10-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Entrega de medicamentos y/o productos PNAC PACAM	Indicar total de recetas despachadas: 8 Productos PNAC – PACAM entregados: 9	
2	Procedimientos de enfermería: Administración de medicamentos, curaciones, ECG, etc.	Adm. de medicamentos: 3 Curaciones: 5 Electrocardiograma: 0	
3	Actividades Salud Familiar: VDI, actualización cartolas familiares, inscripciones, etc.	Visita Salud Familiar: 0 Actualización de Cartola Familiar: 0	
4	Atención integral de consultas de morbilidad y/o urgencias	Total de atenciones morb/urg. realizadas: 12	
5	Gestión de agendas: agendamientos, confirmación de citas, etc.	Total de citas y total de llamados de confirmación de agenda: 5	

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 y firma del ejecutor de las prestaciones (D. Natural o D. Jurídico)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: RAFAEL LEONARDO CIFUENTES VALENZUELA RUT: _____	Nombre Completo: CAMILA FRANCISCA THENOUX TORRES RUT: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: RUT: _____	Nombre Completo: RUT: _____