

**272. INFORME MENSUAL DE GESTION
 CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES**

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre	DÉBORA FABIOLA ANDREA MEDINA ALFARO
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Horas trabajadas	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	1/12 DIAS FERIADOS LEGALES MEDIO DIA ADM / 6 DIAS ADMINISTRATIVOS
Días licencia médica	1 DIA (02 FEBRERO) (DESC. EN BOLETA)
Periodo de informe (mes)	FEBRERO 2024

MONTO BOLETA	\$ 1.332.875
--------------	--------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
FEBRERO	01 de febrero 2024	29 de febrero 2024


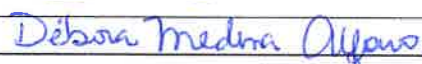
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Visita Domiciliaria Integral (Elaboración o Evaluación Plan)
2	Visita Domiciliaria Tratamiento/Rehabilitación/Seguimiento
3	Procedimientos en Domicilio
4	Control Ambulatorio
5	Consulta Telefónica
6	Atención Ambulatoria a Familiares
7	Servicios Farmacéuticos
8	Apoyo Psicológico al Usuario, Familia o Cuidadores
9	Apoyo Social al Usuario
10	Educación
11	Apoyo en la Gestión de Manifestación de Voluntades Anticipadas
12	Visita domiciliaria integral
13	Trabajo en Salud Familiar
14	Elaboración y/o evaluación de planes de cuidado

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 Programa. 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.

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

_____ **NO APLICA**

Timbre y Firma Coordinador Comunal	Timbre y Firma prestador de servicio
 Nombre: Daniel Bustos	 Nombre: Débora Medina Alfaro