

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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	DEBORA MEDINA ALFARO
Rut:	
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Horas trabajadas	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	1/12 DIAS VACACIONES
Días licencia médica	MEDIO DIA ADM / 6 DIAS ADMINISTRATIVOS
Fecha Informe	18-03-24

MONTO BOLETA	1.378.836
Nº BOLETA	132

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
MARZO	01-MARZO-2024	31-MARZO-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Visita Domiciliaria Integral (Elaboración o Evaluación Plan)	0
2	Visita Domiciliaria Tratamiento/Rehabilitación/Seguimiento	39
3	Procedimientos en Domicilio	0
4	Control Ambulatorio	0
5	Consulta Telefónica	0
6	Atención Ambulatoria a Familiares	0
7	Servicios Farmacéuticos	0
8	Apoyo Psicológico al Usuario, Familia o Cuidadores	0
9	Apoyo Social al Usuario	0
10	Educación	39
11	Apoyo en la Gestión de Manifestación de Voluntades Anticipadas	0
12	Visita domiciliaria integral	0
13	Trabajo en Salud Familiar	0
14	Elaboración y/o evaluación de planes de cuidado	2
		0

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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM NO APLICA
Nombre: DEBORA MEDINA ALFARO Rut:	Nombre: Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:

