



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION ATENCIÓN DOMICILIARIA |
|--------------------------------------|---|

| | |
|--|-------------------------------|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL LA SERENA |
| Nombre Completo | YERKO ANDRES ANGEL ZEPEDA |
| RUT | |
| Programa | ATENCIÓN DOMICILIARIA COMUNAL |
| Profesión | KINESIOLOGO |
| Horas trabajadas semanales | 44 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 2 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18/03/2024 |

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$1.378.836 N° BOLETA 67 |
|-------------------|---------------------------------|



| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 03- 2024 | HASTA: 31 - 03- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|--|-------------------|---------------|
| 1 | Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM). | 25 | |
| 2 | Apoyo control médico PSCV. | | |
| 3 | Kinesioterapia. | 15 | |
| 4 | Rescate telefónico. | | |
| 5 | Rescate domiciliario. | | |
| 6 | Educaciones (ejercicios, estilos de vida saludable, etc.). | 13 | |
| 7 | Otros (operativos comunitarios). | | |

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 (P. Natural o P. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM <u>NO APLICA</u> |
| Nombre Completo: YERKO ANDRES ANGEL ZEPEDA RUT: | Nombre Completo: RUT: |

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