

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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	ELIZABETH KATHERINE ROJAS LABRIN
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0/18
Días licencia médica	0
Fecha Informe	MARZO

MONTO BOLETA	1.378.836
N° BOLETA	65

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01/03/2024	31/03/2024

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Visita Domiciliaria Integral (Elaboración o Evaluación Plan)	1
2	Visita Domiciliaria Tratamiento/Rehabilitación/Seguimiento	2
3	Procedimientos en Domicilio	18
4	Control Ambulatorio	
5	Consulta Telefónica	1
6	Atención Ambulatoria a Familiares	6
7	Servicios Farmacéuticos	
8	Apoyo Psicológico al Usuario, Familia o Cuidadores	
9	Apoyo Social al Usuario	
10	Educación	1
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.**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM  NO APLICA
Nombre: Elizabeth K. Rojas Labrin Rut:	Nombre: Rut:

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