



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION SALUD ESCOLAR</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	DANIELA MARLENE PASTÉN ROJAS
RUT	.
Programa	SALUD ESCOLAR
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO Y N° BOLETA	1.286.908 + BOLETA N° 35
-------------------	--------------------------



PERIODO DE INFORME	DESDE: 05 - 03- 2024	HASTA: 31 - 03- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de Controles de Salud Escolar en establecimiento educacional	44	
2	Coordinación con establecimientos educacionales	6	
3	Rescates telefónicos para citación de pacientes para médico	0	
4	Realización de agenda mensual para médico del Programa	0	
5	Gestión de casos	44	
6	Trabajo administrativo: REM, registro (plataforma AVIS, Planilla de Salud Escolar y Planilla de derivaciones) y realización del Reporte de Atenciones para Apoderados.	44	
7	Entrega de Reporte de Atenciones y Cápsulas Educativas al establecimiento educacional	44	

**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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;"><u>NO APLICA</u></p>
<p><b>Nombre Completo: DANIELA MARLENE PASTÉN ROJAS</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>