

|                              |  |
|------------------------------|--|
| I MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>CÓDIGO 201</b> |
|------------------------------|--|

|  |  |
|--|--|
| Establecimiento                          | CESFAM JUAN PABLO 2DO                      |
| Nombre                                   | NATALIA BELEN ARAYA MIRANDA                |
| Profesión                                | TENS                                       |
| Horas trabajadas                         | 44 HRS                                     |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 1 día administrativo<br>½ tarde<br>½ tarde |
| Días licencia médica                     | 0  |
| Periodo de informe (mes)                 | MARZO                                      |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 734.236 |
|--------------|---------|

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

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

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA  | RESULTADO |
|----|---|-----------|
| 1  | Registro de atenciones en ficha clínica.  | X         |
| 2  | Administración de medicamentos inyectables.   | X         |
| 3  | Curaciones simples.   | X         |
| 4  | Toma de muestra (exámenes).   |           |
| 5  | Dación de horas en SOME satélite.   |           |
| 6  | Participación en realización de EMPA  |           |
| 7  | Otras funciones que competen a las áreas de farmacia, botiquín de farmacia, procedimiento, SOMEs, PADDS y esterilización. | X         |

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

**NO APLICA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 Director CESFAM | Firma prestador de servicios  |
| Nombre: Carolina Pérez Palma   | Nombre: Natalia Araya Miranda |