



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION EQUIDAD RURAL COD 225 |
|--------------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| Establecimiento | EQUIPO DE SALUD RURAL – POSTA EL ROMERO |
| Nombre Completo | CECILIA LEONTINA ÁLVAREZ ÁLVAREZ |
| RUT | |
| Programa | EQUIDAD RURAL |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a Viernes: 38 Horas Sab. Dom. y Festivos: 48 Horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | F. Legal 04/04/2024 al 08/04/2024 (3 días) |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 19-04-2024 |

| | |
|-------------------|-----------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 527.230 Boleta N° 402 |
|-------------------|-----------------------------------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 03 - 2024 | HASTA: 20 - 04 - 2024 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|---|---|---------------|
| 1 | Entrega de medicamentos y/o productos PNAC PACAM | Indicar total de recetas despachadas: 27 Productos PNAC – PACAM entregados: 24 | |
| 2 | Procedimientos de enfermería: Administración de medicamentos, curaciones, ECG, etc. | Adm. de medicamentos: 14 Curaciones: 6 Electrocardiograma: 8 | |
| 3 | Actividades Salud Familiar: VDI, actualización cartolas familiares, inscripciones, etc. | Visita Salud Familiar: 1 Actualización de Cartolas Familiares: 0 | |
| 4 | Atención integral de consultas de morbilidad y/o urgencias | Total de atenciones morb/urg. realizadas: 3 | |
| 5 | Gestión de agendas: agendamientos, confirmación de citas, etc. | Total de citas y total de llamados de confirmación de agenda: 151. | |

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>Nombre Completo: CECILIA LEONTINA ÁLVAREZ ÁLVAREZ RUT: _____</p> | <p>Nombre Completo: ANDREA ELIZABETH ÁLVAREZ ÁLVAREZ RUT: _____</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |

