



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION COD.228 MAIS COMPONENTE ECICEP
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	CAMILA FERNANDA CASTILLO BENAVIDES
RUT	
Programa	MAIS COMPONENTE ECICEP
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	44 HRS /
Días permiso administrativo o vacaciones	16-05-24 / 17-05-24 /
Días licencia	0
Fecha Informe	18-05-24 /

NUMERO DE BOLETA	42 /
MONTO BOLETA	\$734236 /

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 05- 2024 /	HASTA: 31 - 05 - 2024 /
--------------------	------------------------	-------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Participación en reuniones de gestión de personas ECICEP	2	2 reuniones mensuales ECICEP
2	Realización de pre ingreso ECICEP	8	
3	Agendamiento y gestión de agendas ECICEP del establecimiento	438	
4	Toma de muestra a personas ECICEP	13	
5	Seguimiento telefónico a personas G3	3	Seguimiento de plan consensuado efectivo
6	Revisión de fichas clínica de personas ingresadas en la ECICEP	140	-Controles, ingresos y seguimientos médicos. -Pre ingresos -Seguimiento plan consensuado
7	Otras (especificar las acciones)		
8	Rescate de panel HGT	12	
9	Ingreso de exámenes a ficha clínica	48	

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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: Camila Fernanda Castillo Benavides RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Carolina Isabel Perez Palma 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>