



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION EQUIDAD RURAL COD. 225</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	EQUIPO DE SALUD RURAL - POSTA LAMBERT
Nombre Completo	ESTEBAN HECTOR GALLARDO CÁCERES
RUT	
Programa	EQUIDAD RURAL
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	Lunes a Viernes: 30 hrs. Sáb. Dom. y Festivos: 48 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	Perm. Especial: 28-05-2024 (cumpleaños) F. Legal: 17-06-2024 al 05-07-2024 (14 días)
Días licencia	0
Fecha Informe	19/06/2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>481.110    Boleta N° 92</b>
-------------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 05- 2024	HASTA: 20 - 06- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Entrega de medicamentos y/o productos PNAC PACAM	Indicar total de recetas despachadas: 26 Productos PNAC – PACAM entregados: 4	
<b>2</b>	Procedimientos de enfermería: Administración de medicamentos, curaciones, ECG, etc.	Adm. de medicamentos: 6 Curaciones: 10 Electrocardiograma: 2	
<b>3</b>	Actividades Salud Familiar: VDI, actualización cartolas familiares, inscripciones, etc.	Visita Salud Familiar: 2 Actualización de Cartola Familiar: 1	
<b>4</b>	Atención integral de consultas de morbilidad y/o urgencias	Total de atenciones morb/urg. realizadas: 41	
<b>5</b>	Gestión de agendas: agendamientos, confirmación de citas, etc.	Total de citas y total de llamados de confirmación de agenda: 254	

**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><b>Nombre Completo:</b> <b>ESTEBAN HECTOR GALLARDO CÁCERES</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>ANDREA ELIZABETH ÁLVAREZ ÁLVAREZ</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>

