



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

Establecimiento	EQUIPO DE SALUD RURAL - POSTA ALGARROBITO
Nombre Completo	EVELYN CARMEN ARAYA GONZÁLEZ
RUT	
Programa	EQUIDAD RURAL
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	Lunes a Viernes: 10 hrs. Sáb. Dom. y Festivos: 42 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	23-05-2024 (1 día)
Fecha Informe	19-06-2024

MONTO Y N° BOLETA	327.290	BOLETA N° 46
-------------------	----------------	---------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 05- 2024	HASTA: 20 - 06- 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: 5 Productos PNAC – PACAM entregados: 5	
2	Procedimientos de enfermería: Administración de medicamentos, curaciones, ECG, etc.	Adm. de medicamentos: 0 Curaciones: 0 Electrocardiograma: 29	
3	Actividades Salud Familiar: VDI, actualización cartolas familiares, inscripciones, etc.	Visita Salud Familiar: 0 Actualización de Cartola Familiar: 35	
4	Atención integral de consultas de morbilidad y/o urgencias	Total de atenciones morb/urg. realizadas: 1	
5	Gestión de agendas: agendamientos, confirmación de citas, etc.	Total de citas y total de llamados de confirmación de agenda: 20	

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: EVELYN CARMEN ARAYA GONZÁLEZ 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>

