



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	½ ADMINISTRATIVO 17-07-24
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	18-07-24

NUMERO DE BOLETA	47
MONTO BOLETA	\$734.236

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 07- 2024	HASTA: 31-07-2024
--------------------	----------------------	-------------------

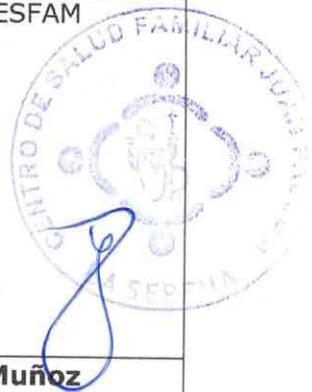
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Participación en reuniones de gestión de personas ECICEP	1	2 Reuniones mensuales
2	Realización de pre ingreso ECICEP	3	Pre ingreso efectivo
3	Agendamiento y gestión de agendas ECICEP del establecimiento	394	
4	Toma de muestra a personas ECICEP	15	
5	Seguimiento telefónico a personas G3	2	Seguimiento de plan consensuado efectivo
6	Revisión de fichas clínica de personas ingresadas en la ECICEP	105	-Revisión de pre ingreso -seguimientos TENS plan consensuado -Ingresos en dupla -Controles médicos -Seguimientos médicos
7	Rescate telefónico de panel HGT y MAPA	11	
8	Ingreso de exámenes a sistema AVIS	65	

9	Coordinación de atenciones en box y visita domiciliaria de Químico farmacéutico	9	-QF de extensión horaria ECICEP
10	Manejo de teléfono ECICEP llamados/whatsapp y atenciones espontaneas	X	-Resolución de dudas/consultas -Recordatorios -Gestiones
11	Cobertura de otras áreas	X	-Desde el 26-06-24 a 04-07-24

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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: Camila Fernanda Castillo Benavides RUT: _____	Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón RUT: _____



Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT: _____	Nombre Completo: RUT: _____