



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

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 hrs. Sáb. Dom. y Festivos: 24 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	Perm. Adm. 16-08-2024 Perm. Especial Afusam: 26-07-2024 al 29-07-2024 (2 días)
Días licencia	0
Fecha Informe	19-08-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>373.150</b>	<b>BOLETA N° 406</b>
-------------------	----------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 07- 2024	HASTA: 20 - 08- 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: 38 Productos PNAC – PACAM entregados: 10	
<b>2</b>	Procedimientos de enfermería: Administración de medicamentos, curaciones, ECG, etc.	Adm. de medicamentos: 18 Curaciones: 10 Electrocardiograma: 10	
<b>3</b>	Actividades Salud Familiar: VDI, actualización cartolas familiares, inscripciones, etc.	Visita Salud Familiar: 0 Actualización de Cartola Familiar: 0	
<b>4</b>	Atención integral de consultas de morbilidad y/o urgencias	Total de atenciones morb/urg. realizadas: 8	
<b>5</b>	Gestión de agendas: agendamientos, confirmación de citas, etc.	Total de citas y total de llamados de confirmación de agenda: 118	

**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>CECILIA LEONTINA ÁLVAREZ ÁLVAREZ</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>CAMILA FRANCISCA THENOUX TORRES</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>

