



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN SALUD ESCOLAR |
|--------------------------------------|---|

| | |
|--|----------------------------|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL |
| Nombre Completo | SOPHIA ANTONIA MARIN MARTI |
| RUT | |
| Programa | SALUD ESCOLAR |
| Profesión | ENFERMERA |
| Horas trabajadas semanales | 44 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18-08-2024 |

| | |
|-------------------|-------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 1.378.836 + BOLETA N° 8 |
|-------------------|-------------------------|

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 08- 2024 | HASTA: 31 - 08- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|--|-------------------|---------------|
| 1 | Realización de Controles de Salud Escolar en establecimiento educacional | 169 | |
| 2 | Coordinación con establecimientos educacionales | 4 | |
| 3 | Rescates telefónicos para citación de pacientes para médico | 30 | |
| 4 | Realización de agenda mensual para médico del Programa | 1 | |
| 5 | Gestión de casos | 169 | |
| 6 | Trabajo administrativo: REM, registro (plataforma AVIS, Planilla de Salud Escolar y Planilla de derivaciones) y realización del Reporte de Atenciones para Apoderados. | 169 | |

| | | | |
|---|---|-----|--|
| 7 | Entrega de Reporte de Atenciones y Cápsulas Educativas al establecimiento educacional | 169 | |
|---|---|-----|--|

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. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM <u>NO APLICA</u> |
| Nombre Completo: SOPHIA ANTONIA MARIN MARTI RUT: | Nombre Completo: RUT: |

| | |
|---|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa  | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: Patricia Romero RUT: | Nombre Completo: RUT: |