

|                                                                                                                                    |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>CORPORACIÓN MUNICIPAL</b><br><b>La Serena</b> | <b>272. INFORME MENSUAL DE GESTION</b><br><b>CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                                    |
|------------------------------------------|------------------------------------|
| Establecimiento                          | EDIFICIO COMUNAL                   |
| Nombre Completo                          | Jessica Viviana Pizarro Vivar      |
| Rut:                                     |                                    |
| Profesión                                | Kinesiólogo                        |
| Horas trabajadas                         | 44 hrs                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 2 VACACIONES, ½ DIA ADMINISTRATIVO |
| Días licencia médica                     | 0                                  |
| Fecha Informe                            | 18/09/2024                         |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 1.378.836 |
| N° BOLETA    | 179       |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 01/09/2024            | 30/09/2024            |

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

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA               | RESULTADO |
|----|----------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Visita Domiciliaria Integral (Elaboración o Evaluación Plan)   |           |
| 2  | Visita Domiciliaria Tratamiento/Rehabilitación/Seguimiento     | 31        |
| 3  | Procedimientos en Domicilio                                    |           |
| 4  | Control Ambulatorio                                            | 2         |
| 5  | Consulta Telefónica                                            |           |
| 6  | Atención Ambulatoria a Familiares                              |           |
| 7  | Servicios Farmacéuticos                                        |           |
| 8  | Apoyo Psicológico al Usuario, Familia o Cuidadores             |           |
| 9  | Apoyo Social al Usuario                                        |           |
| 10 | Educación                                                      | 23        |
| 11 | Apoyo en la Gestión de Manifestación de Voluntades Anticipadas |           |
| 12 | Visita domiciliaria integral                                   | 27        |
| 13 | Trabajo en Salud Familiar                                      |           |
| 14 | Elaboración y/o evaluación de planes de cuidado                |           |

**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 Programa. 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.**

|                                       |                                |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| estaciones                            | Timbre y Firma Director CESFAM |
|                                       | NO APLICA                      |
| Nombre: Jessica Viviana Pizarro Vivar | Nombre:                        |
| Rut:                                  | Rut:                           |

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                   |
|  |  |
| Nombre: Daniela Bastias González                                                    | Nombre:                                                                              |
| Rut:                                                                                | Rut:                                                                                 |