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

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: 48 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	Perm. Afusam: 04-10-2024 – 09-10-2024.
Días licencia	0
Fecha Informe	21-10-2024

MONTO Y N° BOLETA	**527.230 BOLETA N° 408**

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 09- 2024	HASTA: 20 – 10 - 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: 48 Productos PNAC – PACAM entregados: 18	
2	Procedimientos de enfermería: Administración de medicamentos, curaciones, ECG, etc.	Adm. de medicamentos: 20 Curaciones: 12 Electrocardiograma: 6	
3	Actividades Salud Familiar: VDI, actualización cartolas familiares, inscripciones, etc.	Visita Salud Familiar: 1 Actualización de Cartola Familiar: 0	
4	Atención integral de consultas de morbilidad y/o urgencias	Total de atenciones morb/urg. realizadas: 12	
5	Gestión de agendas: agendamientos, confirmación de citas, etc.	Total de citas y total de llamados de confirmación de agenda: 15	

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
Nombre Completo: **CECILIA LEONTINA ÁLVAREZ ÁLVAREZ** **RUT:**	**Nombre Completo:** **CAMILA FRANCISCA THENOUX TORRES** **RUT:**

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

N° de extensiones: 86			Mes: OCTUBRE 2024		
Lunes a viernes			Sábado, Domingos y Festivos		
Fecha	horas	N° de prestaciones	Fecha	Horas	N° de prestaciones
23-09-2024	2		28-09-2024	12	
24-09-2024	2		29-09-2024	12	
25-09-2024	2		19-10-2024	12	
26-09-2024	2		20-10-2024	12	
27-09-2024	2				
30-09-2024	2				
01-10-2024	2				
02-10-2024	2				
03-10-2024	2				
07-10-2024	2				
08-10-2024	2				
09-10-2024	2				
10-10-2024	2				
11-10-2024	2				
14-10-2024	2				
15-10-2024	2				
16-10-2024	2				
17-10-2024	2				
18-10-2024	2				

CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA
EQUIPO SALUD RURAL
LA SERENA

Nombre: CECILIA LEONTINA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

Fecha: 21-10-2024