



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	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-10-24

NUMERO DE BOLETA	61
MONTO BOLETA	\$734236

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 10- 2024	HASTA: 31-10-2024
--------------------	----------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Participación en reuniones de gestión de personas ECICEP	0	2 Reuniones mensuales
2	Realización de pre ingreso ECICEP	3	Pre ingreso efectivo
3	Agendamiento y gestión de agendas ECICEP del establecimiento	393	
4	Toma de muestra a personas ECICEP	3	
5	Seguimiento telefónico a personas G3 y G2	55	Seguimiento de plan consensuado efectivo
5	Seguimiento telefónico a personas G3	26	Seguimiento de plan consensuado no efectivos
6	Revisión de fichas clínica de personas ingresadas en la ECICEP	82	-Revisión de pre ingreso -seguimientos TENS plan consensuado -Ingresos en dupla -Controles médicos y seguimientos
7	Rescate telefónico de panel HGT y MAPA	4	

8	Coordinación de atenciones en box y visita domiciliaria de Químico farmacéutico	2	-QF de extensión horaria ECICEP
9	Manejo de teléfono ECICEP llamados/whatsapp y atenciones espontaneas	58	-Resolución de dudas/consultas -Recordatorios -Gestiones administrativas -Acompañamiento en uso de glucómetros y registros -Entrega de información contingencia
10	Cobertura de otras áreas	X	½ día Farmacia -24-09-24 -25-09-24 -26-09-24
11	Gestión de casos	X	10 hrs semanales

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: