Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo
Ministerio de Salud

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

Establecimiento	EQUIPO DE SALUD RURAL - POSTA LAMBERT
Nombre Completo	EMELYN NICOLE TRUJILLO RIVERA
RUT	
Programa	EQUIDAD RURAL
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	Lunes a Viernes: 21 hrs. Sáb. Dom. y Festivos: 96 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	**737.385 BOLETA N° 86**

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 11- 2024	HASTA: 30 - 11 - 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: 21 Productos PNAC – PACAM entregados: 13	
2	Procedimientos de enfermería: Administración de medicamentos, curaciones, ECG, etc.	Adm. de medicamentos: 6 Curaciones: 3 Electrocardiograma: 2	
3	Actividades Salud Familiar: VDI, actualización cartolas familiares, inscripciones, etc.	Visita Salud Familiar: 1 Actualización de Cartola Familiar: 6	
4	Atención integral de consultas de morbilidad y/o urgencias	Total de atenciones morb/urg. realizadas: 15	
5	Gestión de agendas: agendamientos, confirmación de citas, etc.	Total de citas y total de llamados de confirmación de agenda: 5	

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: **EMELYN NICOLE TRUJILLO RIVERA** **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:**