



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	Permiso administrativo: 5 días completos. Vacaciones: 7 días.
Días licencia	0
Fecha Informe	31-12-2024

MONTO Y N° BOLETA	1.378.836 + BOLETA N° 12
-------------------	--------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 12- 2024	HASTA: 31 - 12- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de Controles de Salud Escolar en establecimiento educacional	0	Se realizaron labores administrativas de cierre de convenio (realización de informes estadísticos de los establecimientos educacionales y entrega de documentos pendientes, realización de inventario, gestión de stock de documentos para próximo año con imprenta. Entrega de planillas con información nutricional de los niños atendidos a

			su CESFAM correspondiente.nj
2	Coordinación con establecimientos educacionales	0	
3	Rescates telefónicos para citación de pacientes para médico	0	
4	Realización de agenda mensual para médico del Programa	1	
5	Gestión de casos	0	
6	Trabajo administrativo: REM, registro (plataforma AVIS, Planilla de Salud Escolar y Planilla de derivaciones) y realización del Reporte de Atenciones para Apoderados.	4	Entrega de reporte de atenciones a establecimientos educacionales
7	Entrega de Reporte de Atenciones y Cápsulas Educativas al establecimiento educacional	0	

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: RUT:	Nombre Completo: RUT: