

**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 HRS
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	31-01-25 /

NUMERO DE BOLETA	71 /
MONTO BOLETA	\$734236 /

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 01- 2025 /	HASTA: 31-01-2025 /
--------------------	------------------------	---------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
1	Participación en reuniones de gestión de personas ECICEP	0	2 reuniones mensuales
2	Realización de pre ingreso ECICEP	47	
3	Agendamiento y gestión de agendas ECICEP del establecimiento	774	
4	Toma de muestra a personas ECICEP	61	
5	Seguimiento telefónico a personas	G3 41 G2 0	Seguimiento de plan consensuado efectivo
5	Seguimiento telefónico a personas	5	Seguimiento de plan consensuado no efectivos
6	Revisión de fichas clínica de personas ingresadas en la ECICEP	137	-Revisión de pre ingreso -seguimientos TENS plan consensuado -Ingresos en dupla
7	Rescate telefónico de panel HGT y MAPA	2	
8	Acompañamiento en uso de glucómetro	2	
9	Coordinación de atenciones en box y visita domiciliaria de Químico farmacéutico	2	
10	Manejo de teléfono ECICEP llamados/whatsapp y atenciones espontaneas	107	-Resolución de dudas/consultas -Recordatorios -Gestiones administrativas -Acompañamiento en uso de glucómetros y registros



			-Entrega de información
11	Cobertura de otras áreas	X	Farmacia 03-01-25 AM 07-01-25 AM 10-01-25 ECG AM/PM

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	Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón
RUT: _____	RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: Patricia Romero	Nombre Completo:
RUT: _____	RUT: _____