



|                                      |                                                                                            |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br/>COD. 252 PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ESCOLAR</b> |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                                             |                  |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------|
| Establecimiento                          | CRFI                                        |                  |
| Nombre Completo                          | GERALDINE CELESTE HERRERA IBACETA           |                  |
| RUT                                      |                                             |                  |
| Programa                                 | Programa Atención Integral de Salud Escolar |                  |
| Profesión                                | Enfermera                                   |                  |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes:44 HORAS                    | Sábados: 0 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                           |                  |
| Días licencia                            | 0                                           |                  |
| Fecha Informe                            | 30-04-2025                                  |                  |

|                  |             |
|------------------|-------------|
| NUMERO DE BOLETA | N°68        |
| MONTO DE BOLETA  | \$1.434.253 |

|                    |            |            |
|--------------------|------------|------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE:     | HASTA:     |
|                    | 01-04-2025 | 30-04-2025 |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|------------------------------------------------|

| N° | Funciones según PRAPS                                                                 | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | Realización de Controles de Salud Escolar en establecimiento educacional              | 194               |               |
| 2  | Coordinación con establecimientos educacionales                                       | 5                 |               |
| 3  | Rescates telefónicos para citación de pacientes para médico                           | 0                 |               |
| 4  | Gestión de casos                                                                      | 120               |               |
| 5  | Realización del Reporte de Atenciones para Apoderados.                                | 194               |               |
| 6  | Entrega de Reporte de Atenciones y Cápsulas Educativas al establecimiento educacional | 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.

|                                                                                                                                |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>                                              | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p><u>NO APLICA</u></p>                                                               |
| <p><b>Nombre Completo:</b> GERALDINE CELESTE HERRERA IBACETA.<br/><b>RUT:</b></p>                                              | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b> Barbara Limpo Olvera<br/><b>RUT:</b></p>                                                            | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                |