



X



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION COD.228 MAIS COMPONENTE ECICEP</b>
--------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	DANIELA ELIZABETH GARRIDO MUÑOZ
RUT	
Programa	PROGRAMA MAIS - COMPONENTE 3 ECICEP - EXTENSIÓN HORARIA
Profesión	QUIMICO/A FARMACEUTICO
Horas trabajadas semanales	03
Días permiso administrativo o vacaciones	06
Días licencia	0
Fecha Informe	30-06-2025

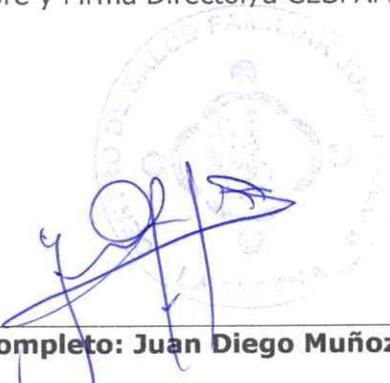
NUMERO DE BOLETA	<b>126</b>
MONTO BOLETA	<b>148.779</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-06-2025</b>	HASTA: día - mes- año <b>30-06-2025</b>
--------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------

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

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
1	Revisión de medicación con o sin entrevista en personas G3	05	
2	Seguimiento telefónico a personas G3	0	
3	Revisión de fichas clínica de personas ingresadas a ECICEP	0	
4	Detección y notificación de RAM en personas ingresadas a ECICEP	0	
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**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><b>Nombre Completo: Daniela Elizabeth Garrido Muñoz</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón</b> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p><i>Barbara Quiroaa Olivares</i></p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>