



**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION EQUIDAD RURAL  
COD. 225**

Establecimiento	EQUIPO DE SALUD RURAL - POSTA EL ROMERO
Nombre Completo	CECILIA LEONTINA ÁLVAREZ ÁLVAREZ
RUT	
Programa	EQUIDAD RURAL
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	Lunes a Viernes: 42 hrs. Sáb. Dom. y Festivos: 36 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	Perm. Adm. 12-06-2024 (1/2 día)
Días licencia	0
Fecha Informe	19-06-2024


MONTO Y N° BOLETA	<b>473.250 BOLETA N° 404</b>
-------------------	------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 05- 2024	HASTA: 20 - 06- 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: 48 Productos PNAC – PACAM entregados: 20	
2	Procedimientos de enfermería: Administración de medicamentos, curaciones, ECG, etc.	Adm. de medicamentos: 20 Curaciones: 18 Electrocardiograma: 3	
3	Actividades Salud Familiar: VDI, actualización cartolas familiares, inscripciones, etc.	Visita Salud Familiar: 2 Actualización de Cartola Familiar: 4	
4	Atención integral de consultas de morbilidad y/o urgencias	Total de atenciones morb/urg. realizadas: 5	
5	Gestión de agendas: agendamientos, confirmación de citas, etc.	Total de citas y total de llamados de confirmación de agenda: 96	

**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:</b> <b>CECILIA LEONTINA ÁLVAREZ ÁLVAREZ</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>ANDREA ELIZABETH ÁLVAREZ ÁLVAREZ</b> <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> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> _____</p>

