



<b>I. MUNICIPALIDAD DE</b> <b>XXXXXXX</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION</b>
--	-----------------------------------

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	CECILIA CAROLINA GOMEZ AHUMADA
RUT	
Programa	ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN APS
Profesión	TRABAJADORA COMUNITARIA
Horas trabajadas semanales	33 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	04
Días licencia (consignar fechas del periodo)	00
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO BOLETA	\$480.000.-
--------------	-------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-11-2024	30-11-2024

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Reunión equipo de especialidad u otro establecimiento distinto del que se prestan funciones. Se aborda la situación de un usuario/a	00	
2	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a	00	
3	Reuniones con organizaciones comunitarias (organizaciones territoriales o funcionales), que cuenten o no con personalidad jurídica vigente. <b>No contabilizar reuniones con instituciones en esta sección</b>	08	<b>COORDINACIÓN REALIZACION ACTIVIDADES COMUNITARIAS</b>
4	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)		
5	Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	00	
6	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)	103	<b>LLAMADAS TELEFONICAS SEGUIMIENTO ENTREGA INFORMACION</b>
7	Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30	00	

	días):		
8	Evaluaciones participativas del plan de acompañamiento (junto a la familia, previa al cierre del proceso de acompañamiento):		
<b>N°</b>	<b>Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud</b>	<b>N° de Actividades</b>	<b>Observaciones</b>
9	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento		
10	Consultorías (cuando corresponda analizar situación de usuario/a del Programa de Acompañamiento)	00	
11	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc.(Adjuntar verificador)	00	
12	Gestión de atenciones medicas	02	
13	Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)		
14	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)	00	
15	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador)		
16	Capacitaciones, reuniones comunales para monitorear funcionamiento del convenio, supervisiones, etc. (Adjuntar convocatoria)	02	<b>REUNIONES CON SERVICIO DE SALUD</b>

**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
<b>Nombre Completo:</b> Cecilia Gomez Ahosca <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> Francisca Valenzuela <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
--------------------------------------	------------------------------------

**Alejandra Gottlieb C**  
Psicóloga