I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION

Establecimiento	CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez
Nombre Completo	Evelyn Lorena Bravo Pérez
RUT	
Programa	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	Licenciada en Trabajo Social
Horas trabajadas semanales	44 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia (consignar fechas del período)	0
Fecha Informe	30/11/2024

MONTO BOLETA	**$1.200.000**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	19-10-2024	**31-10-2024**

Este informe justifica prestaciones no informadas del mes de octubre.

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS período del 19/10/24 al 31/10/24	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		
2	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a	**4**	**Reuniones con entidades escolares básicas y media.**
3	Reuniones con organizaciones comunitarias (organizaciones territoriales o funcionales), que cuenten o no con personalidad jurídica vigente. **No contabilizar reuniones con instituciones en esta sección**	**1**	**Participación en reunión con GAM.**
4	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	**2**	**Seguimiento domiciliario del caso.**
5	Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)		
6	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)		
7	Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días):	**2**	**Construcción y modificación de planes usuarios PACOM.**
	Evaluaciones participativas del plan de		

8	acompañamiento (junto a la familia, previa al cierre del proceso de acompañamiento):		
N°	**Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud**	**N° de Actividades**	**Observaciones**
9	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento	**4**	**Derivaciones para ingreso a PACOM.**
10	Consultorías (cuando corresponda analizar situación de usuario/a del Programa de Acompañamiento)	**1**	
11	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc. (Adjuntar verificador)	**1**	**Reunión equipo de salud mental.**
12	Reunión de análisis de situación de familias (Adjuntar verificador)	**4**	**Casos bajo control prioritarios PACOM.**
13	Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)	**3**	**Casos bajo control PACOM.**
14	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)	**1**	**Actividad preventiva sobre el cáncer de mama en CESFAM.**
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)		

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
Nombre Completo: Evelyn Lorena Bravo Pérez. **RUT:**	**Nombre Completo: Carolina Alejandra Puga Pichuante.** **RUT:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**