



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 231 DIR
--------------------------------------	---

Establecimiento	Cesfam Raul Silva Henriquez, Cardenal Caro, Pac, Cesfam Compañías, Jp2
Nombre Completo	Boris Joaquin Correa Casas
RUT	
Programa	DIR
Profesión	Psicologo
Horas trabajadas semanales	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO BOLETA	Informe Justifica prestaciones no informadas del mes de octubre
--------------	--

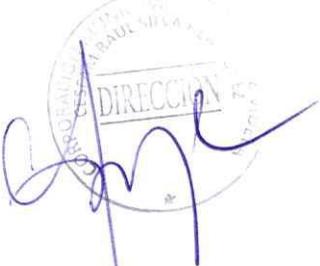
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 19-10-2024	HASTA: día - mes- año 31-10-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Participacion en operativos Empa (Cesfam Cias, Pac y caro)	1	Aplicación de cuestionarios Audit y ASSIT
2	Tamizaje de instrumentos Audit	1	Se aplican instrumentos de tamizaje a 115 usuarios de cesfam RSH
3	Tamizaje de instrumentos Audit	1	Se aplican instrumentos de tamizaje a 115 usuarios de cesfam JP2
4	Traspaso de datos a sistema de salud	1	Se revisan los rut recolectados para poder determinar de los cesfam correspondientes y poder ingresarlos al convenio DIR

5	Ingreso de datos AVIS	1	
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: Boris Joaquin Correa Casas RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: Alejandra Gottlieb C RUT: Psicóloga</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 231 DIR
--------------------------------------	---

Establecimiento	Cesfam Raúl Silva Enríquez, Cardenal Caro, Pac, cesfam Compañías y Jp II.
Nombre Completo	Boris Joaquin Correa Casas.
RUT	
Programa	DIR
Profesión	Psicólogo
Horas trabajadas semanales	44hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30- 11 - 2024

MONTO BOLETA	\$1.157.204
--------------	--------------------

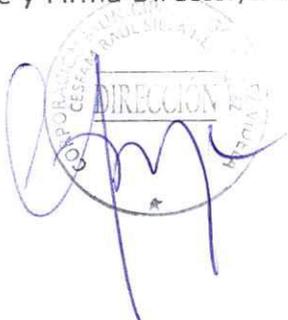
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01 -11-2024	30- 11 -2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
3	Participación en operativos EMPA (cesfam CIAS, PAC Y CARO).	1	Aplicación de cuestionarios AUDIT y ASSIT.
4	Tamizaje de instrumentos Audit	1	Se aplican instrumentos de tamizaje a 115 usuarios del Cesfam Raúl Silva Enríquez.
5	Tamizaje de instrumentos Audit	1	Se aplican instrumentos de Tamizaje a 115 usuarios Cesfam Juan Pablo II.
6	Traspaso de datos a sistema de salud	1	Se revisan los rut recolectados para poder determinar de los Cesfam correspondientes y poder ingresarlos al convenio Dir

7	Ingreso de datos avis	1	
---	-----------------------	---	--

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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: Boris Joaquin Correa Casas RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: <i>Alejandra Gottlieb C</i> RUT: _____ Psicóloga</p>	<p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p>