

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

Establecimiento	Cesfam Raúl Silva Henríquez – Cesfam Juan Pablo II
Nombre	Lizbeth Yanca Campos
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	Octubre 2023

MONTO BOLETA O LIQUIDACION	<b>1.157.204</b>
----------------------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-10-23</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-10-23</b>
--------------------	--	--

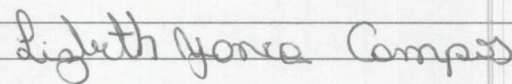
<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	RESULTADO Especificar cantidad mensual de la actividad
1	Ingresos a PASMI (número de sesiones de evaluación)	<b>36</b>
2	Controles de salud mental.	<b>123</b>
3	Sesiones de Intervenciones psicosociales grupales	<b>1</b>
4	Controles de Salud Mental remotos en APS que debían ser solo en casos excepcionales	-
5	Participación en Consultorías y Teleconsultorías de salud mental.	<b>1</b>
6	Visita domiciliaria a familia con niños/as de 5 a 9 años con problemas y/o trastornos de salud mental.	<b>3</b>
7	Visitas a establecimientos educaciones	-
8	Número reuniones intersector	<b>8</b>
9	Reuniones de sector del establecimiento	-
10	Reuniones Equipo Salud Mental	-
11	Otras (especificar las acciones) Rescates - 14 de Septiembre Feria de Salud - 26-27-28 de Septiembre Paro de Afusam. - 28 de Septiembre REM mensual. - 06 de octubre Feria de Salud Mental Local. - 13 de octubre Feria de Salud Mental Comunal.	<b>13</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 Programa de

Acompañamiento. 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.

Las actividades informadas deben estar en relación a las horas contratadas, si esto no ocurre no se validará el monto a rendir

FIRMA	
RUT	
FECHA INFORME	31-10-23

Timbre y Firma Director CESFAM	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre: Carolina Puga	Nombre: Alejandra Gottlieb

