

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

Establecimiento	CESFAM SCHAFFHAUSER – PAC – RSH – CIAS – JP2 – C.CARO.
Nombre	KARINA ISABEL ORREGO BARRAZA
Profesión	CHOFER PARA PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PASMI
Horas trabajadas	18 HRS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Periodo de informe (mes)	NOVIEMBRE 2023

MONTO BOLETA O LIQUIDACION	\$ 550.000.-
----------------------------	--------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-11-2023	30-11-2023

<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)	
2	Controles de salud mental.	
3	Sesiones de Intervenciones psicosociales grupales	
4	Controles de Salud Mental remotos en APS que debían ser solo en casos excepcionales	
5	Participación en Consultorías y Teleconsultorías de salud mental.	
6	Visita domiciliaria a familia con niños/as de 5 a 9 años con problemas y/o trastornos de salud mental.	23
7	Visitas a establecimientos educaciones	10
8	Número reuniones intersector	
9	Reuniones de sector del establecimiento	
10	Reuniones Equipo Salud Mental	
11	Otras (especificar las acciones)	


**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	20-11-2023

Timbre y Firma Director CESFAM	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre:	Nombre: FP

 Carolina Puga Pichuante  
16014570-6  
Enfermera

