

| | |
|---------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PASMI |
|---------------------|---|

| | |
|--|---|
| Establecimiento | CESFAM CARDENAL CARO - CESFAM LAS COMPAÑIAS |
| Nombre | Sofía Michelle Tapia Velásquez |
| Profesión | Trabajadora Social |
| Horas trabajadas | 44 hrs semanales |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | Diciembre |

| | |
|----------------------------|-----------|
| MONTO BOLETA O LIQUIDACION | 1.157.204 |
|----------------------------|-----------|

| | | |
|--------------------|--------|------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: | HASTA: |
| 01/12/2023 | | 31/12/2023 |

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | 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 |
| 2 | Controles de salud mental. | 19 |
| 3 | Sesiones de Intervenciones psicosociales grupales | 1 |
| 4 | Controles de Salud Mental remotos en APS que debían ser solo en casos excepcionales | 0 |
| 5 | Participación en Consultorías y Tele Consultorías de salud mental. | 0 |
| 6 | Visita domiciliaria a familia con niños/as de 5 a 9 años con problemas y/o trastornos de salud mental. | 7 |
| 7 | Visitas a establecimientos educacionales | 7 |
| 8 | Número reuniones intersector | 0 |
| 9 | Reuniones de sector del establecimiento | 1 |
| 10 | Reuniones Equipo Salud Mental | 0 |
| 11 | Otras (especificar las acciones) | |
| | Rescate telefónico | 15 |

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 valida

| | |
|---|--|
| FIRMA | |
| RUT | |
| FECHA INFORME | 18/12/2023 |
| Timbre y Firma Director CESFAM  CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa |
| Nombre: CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA | Nombre: |