



<b>I.</b> <b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 239</b> <b>PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL</b>
--	--

Establecimiento	CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez
Nombre Completo	Rosa Carmen Pinto Pérez
RUT	
Programa	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	Trabajadora Comunitaria Salud Mental
Horas trabajadas semanales	33 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO BOLETA	\$432.000
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes - año	HASTA: día - mes - año
04 - 03 - 2024	31 - 03 - 2024	

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

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Confección "Mapa de redes comunitarias".	15	Actualización e incorporación de datos.
2	Llamados telefónicos.	44	Bienvenida a los usuarios del Programa.
3	Reunión con sectores CESFAM RSH.	4	Presentación de PACOM ante los equipos.
4	Reunión regional Programa Ecológico.	1	Establecimiento de plan de trabajo 2024 (jornada completa)
5	Confección Plan de trabajo año 2024 Programa Ecológico.	1	Confección del plan año 2024 en conjunto a encargado de SM.
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. Jurídica)</p> <p style="text-align: center;">✓</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> Rosa Carmen Pinto Pérez. <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Carolina Alejandra Puga Pichuante. <b>RUT:</b> _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> _____</p>