



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

Establecimiento	Cesfam Juan Pablo II
Nombre Completo	Susana Belinda Vera Quijada
RUT	
Programa	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	Trabajadora Comunitaria en Salud Mental
Horas trabajadas semanales	33 Horas
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO BOLETA	<b>\$432.000</b>
--------------	------------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>04/03/2024</b>	<b>31/03/2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>Rescates Telefónicos</b>	<b>63</b>	
<b>2</b>	<b>Participación Reuniones de Sector</b>	<b>4</b>	
<b>3</b>	<b>Actualización de catastro de Organizaciones Comunitarias (Llamados Telefónicos)</b>	<b>28</b>	
<b>4</b>	<b>Participación de Reunión Regional (Programa Ecológico en SM)</b>	<b>1</b>	
<b>5</b>	<b>Participación Reunión Comunal PACOM</b>	<b>1</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 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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo:</b> Susana Vera Quijada <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <i>Caroline Paris Portus</i> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>