



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 247 PAI RSH
--------------------------------------	-----------------------------------------------

Establecimiento	IP-IRC
Nombre Completo	Patricia Andrea González Salgado
RUT	
Programa	PAI RSH
Profesión	Asistente Social
Horas trabajadas semanales	33hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	18 de marzo 2024

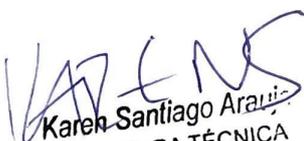
MONTO BOLETA	1.030.426
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-03-2024	HASTA: día - mes- año 31-03-2024
--------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	Funciones según PAI-RSH	Nº de Actividades	Observaciones
1	Consulta de Salud Mental	19	
2	Consulta de salud mental remota	2	
3	Consulta de salud mental en terreno	2	
4	Elaboración de PTI	3	
5	Revisión fichas clínicas	10	
6	Elaboración de informes	1	
7	Coordinación con IP IRC	4	
8	Informes según nuevos protocolos	2	
9	Participación reuniones clínicas equipo	2	
10	Participación de reuniones técnicas equipo	2	
11	Intervención en crisis	1	
12	Cine Club	1	

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>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p>Karen Santiago Araya DIRECTORA TÉCNICA PAI RSH CIP-CRC</p>
<p>Nombre Completo: Patricia Andrea González Salgado RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p>COORDINADOR DPTO. SALUD ALEJANDRA GOTTLIEB CARVAJAL</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>