



| | |
|--------------------------------------|---|
| 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> |