



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 243 REFUERZO SALUD MENTAL
--------------------------------------	---

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	KHANDA I PÉREZ DÍAZ
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	PSICOLOGA
Horas trabajadas semanales	NO APLICA (3 TURNOS 9 HORAS)
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	18.03.2024


MONTO BOLETA	81.540
--------------	---------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 04.03.2024	HASTA: día - mes- año 20.03.2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	PRIMER APOYO PSICOLOGICO E INTERVENCION EN CRISIS	02	
2	PSICOEDUCACION	02	
3	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	01	
4	SEGUIMIENTO TELEFONICO	01	
5	DERIVACION	01	VÍA CORREO ELECTRONICO
6			
7			
8			
9			
10			
11			

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. Juridica)</p> <p style="text-align: right;"><i>khanda I. Pérez Díaz</i> PSICÓLOGA Registro N° 141860</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAMI</p>  <p style="text-align: right;">CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA CESFAMI - CARDENAL CARO LA SERENA</p>
<p>Nombre Completo: Khanda I Pérez Díaz RUT:</p>	<p>Nombre Completo: <i>Catalina Castillo</i> RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>