



<b>1.</b> <b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 243</b> <b>REFUERZO SALUD MENTAL</b>
--	---

Establecimiento	SAR EMILIO SCHAFFHAUSER
Nombre Completo	SHON GUTIÉRREZ ALVEAL
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	TRABAJADOR SOCIAL
Horas trabajadas semanales	5 TURNOS (15 HRS)
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO BOLETA	<b>\$135.900</b>
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>04-03-2024</b>	<b>20-03-2024</b>	

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>PRIMER APOYO PSICOLÓGICO E INTERVENCIÓN EN CRISIS</b>	<b>03</b>	
2	<b>PESQUISA DE SALUD MENTAL EN SALA DE ESPERA</b>	<b>04</b>	
3	<b>PSICOEDUCACIÓN</b>	<b>05</b>	
4	<b>SEGUIMIETO TELEFÓNICO</b>	<b>01</b>	
5	<b>DERIVACIÓN</b>	<b>01</b>	<b>VÍA CORREO ELECTRÓNICO</b>
6	<b>ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL</b>	<b>01</b>	
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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> SHON GUTIÉRREZ <b>ALVEAL</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Fabian Jamet Rivera</i> <b>RUT:</b> Subdirector Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena</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>