



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

| | |
|--|---|
| Establecimiento | PAI Raúl Silva Henríquez IP - IRC La Serena |
| Nombre Completo | Casandra Lillana Parvex Maldonado |
| RUT | |
| Programa | PAI RSH |
| Profesión | Médico Psiquiatra |
| Horas trabajadas semanales | 15 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18/04/2024 |

| | |
|--------------|---------------------------|
| MONTO BOLETA | \$ 835.648 (bruto) |
|--------------|---------------------------|

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 1° - 04- 2024 | HASTA: 30 - 04- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PAI-RSH | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------|---------------|
| 1 | Evaluación Psiquiátrica a jóvenes del programas | 22 | |
| 2 | Elaboración de recetas a jóvenes | 22 | |
| 3 | Participación en reuniones del programa | 2 | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 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 PAI RSH . 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>Karen Santiago Araujo DIRECTORA TÉCNICA PAI RSH CIP-CRC</p> |
| <p>Nombre Completo: Casandra Liliana Parvex Maldonado RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> |
| <p>Nombre Completo: Alejandra Gottlieb C RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |