



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 239 PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
--	--

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	PERLA ARDILES CARVAJAL
RUT	
Programa	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	TRABAJADORA COMUNITARIA
Horas trabajadas semanales	33 HORAS ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 - ABRIL- 2024 ✓

MONTO BOLETA	480.000 ✓
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01 - 04- 2024	30 - 04 - 2024	✓

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	RESCATES TELEFONICOS	166	
2	REUNIONES COMUNITARIAS	8	
3	VISITA DOMICILIARIA	42	
4	COORDINACIÓN DE GAM	5	
5	PARTICIPACIÓN EN MESAS TERRITORIALES	1	
6	GESTIONES DE HORAS USUARIOS	12	
7	PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DE SECTOR	2	
8	ACTIVIDAD COMUNITARIA	2	ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y MOSAICO.
9			
10			

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.

r de las Juridica)	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p><i>Lizette Cedezma Gallardo</i></p>
<p>Nombre Completo: <i>Patricia Antonia Carrasquel</i></p> <p>RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: <i>Lizette Cedezma Gallardo</i></p> <p>RUT: _____</p> <p>ENFERMERA</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: _____</p> <p>RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: _____</p> <p>RUT: _____</p>