



| | |
|-----------------------------------|--|
| MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN 739 PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL |
|-----------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Establecimiento | CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER |
| Nombre Completo | ANA JAVIERA ROJAS MARÍN |
| RIJT | |
| Programa | PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL |
| Profesión | TRABAJADORA SOCIAL |
| Horas trabajadas semanales | 44 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18-04-2024 |

| | |
|--------------|--------------------|
| MONTO BOLETA | \$1.200.000 |
|--------------|--------------------|

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| NO. | DESCRIPCIÓN según IRAPS | Nº de Actividades | Observaciones |
|-----------|---------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | VISITAS DOMICILIARIAS | 3 | |
| 2 | INGRESOS | 3 | |
| 3 | INTERSECTOR | 22 | |
| 4 | REUNIÓN DE SECTOR | 6 | |
| 5 | REUNION EQUIPO DE SALUD MENTAL | 1 | |
| 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 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>Nombre Completo: ANA JAVIERA ROJAS MARÍN. RUT:</p> | <p>Nombre Completo: CLAUDIA ANDREA GALLARDO CORTES. 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> |