



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

| | |
|--|--|
| Establecimiento | CESFAM CARDENAL CARO |
| Nombre Completo | DIEGO IGNACIO CLIFF ROJAS |
| RUT | |
| Programa | PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL |
| Profesión | TRABAJADOR SOCIAL |
| Horas trabajadas semanales | 44 HORAS |
| 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 01-05-2024 | HASTA: día - mes- año 31-05-2024 |
|--------------------|--|--|

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

| N° | Funciones según PACOM | N° de Actividades | Observaciones |
|----|--|-------------------|---|
| 1 | Reuniones de Intersector | 22 | |
| 2 | Visitas domiciliarias | 30 | |
| 3 | Llamados telefónicos | 91 | Se evoluciona en sistema AVIS todos los llamados realizados por Gestora comunitaria. |
| 4 | Asistencia a reuniones de sector | 2 | |
| 5 | Asistencia a reunión comunal | 1 | |
| 6 | Asistencia a supervisión de apoyo con encargada comunal | 1 | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 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 PACOM. 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.

| | |
|---|---|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM  |
| Nombre Completo: <i>Diego Ignacio Cliff Rojas</i> RUT: _____ | Nombre Completo: <i>Catalina East 10</i> RUT: _____ |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: _____ RUT: _____ | Nombre Completo: _____ RUT: _____ |