



# I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

## INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.201 SUELDO GENERAL

|                                          |                             |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER  |
| Nombre Completo                          | JUAN PABLO MARTÍNEZ RAMÍREZ |
| RUT                                      |                             |
| Programa                                 | SALUD MENTAL                |
| Profesión                                | PSICÓLOGO                   |
| Horas trabajadas semanales               | 22                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                             |
| Días licencia                            |                             |
| Fecha Informe                            | 31-05-2024                  |

|                  |         |
|------------------|---------|
| NÚMERO DE BOLETA | 83      |
| MONTO BOLETA     | 689.418 |

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 05- 2024 | HASTA: 31 - 05- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Visita domiciliaria integral                     | 32        |
| 2  | Control salud mental                             |           |
| 3  | Rescate telefónico                               |           |
| 4  | Consulta salud mental                            | 32        |
| 5  |                                                  |           |
| 6  |                                                  |           |
| 7  |                                                  |           |
| 8  | Otras (especificar las acciones)                 |           |

**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.

|                                                                            |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
| Nombre Completo: Juan Pablo Martínez Ramírez                               | Nombre Completo: [Firma]         |
| RUT:                                                                       | RUT:                             |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo:<br>RUT:             | Nombre Completo:<br>RUT:           |