



<b>I.</b> <b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 243          REFUERZO SALUD MENTAL</b>
--	--

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	VALENTINA BELEN PONCE CASTILLO
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	PSICOLOGA
Horas trabajadas semanales	3 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	20/05/2024

MONTO BOLETA	<b>27.180</b>
--------------	---------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>01/05/2024</b>	<b>20/05/2024</b>	

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>PSICOEDUACION</b>	<b>1</b>	
2	<b>Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR</b>	<b>1</b>	
3	<b>Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos</b>	<b>1</b>	
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 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><b>Nombre Completo:</b> VALENTINA BELEN PONCE CASTILLO <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Valentina Ponce Castillo</i> <b>RUT:</b></p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>