



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

Establecimiento	CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER
Nombre Completo	VALENTINA BELEN PONCE CASTILLO
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	PSICOLOGA
Horas trabajadas semanales	6 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	20/05/2024

MONTO BOLETA	<b>53.360</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>OTRAS (Seguimiento de paciente por medio de contacto telefónico)</b>	<b>3</b>	
2	<b>Intervención psicosocial con familiar del usuario, se realiza acompañamiento psicosocial.</b>	<b>2</b>	
3	<b>Acompañamiento psicosocial con paciente</b>	<b>1</b>	
4	<b>Primer apoyo e intervención en crisis con aplicación de escala columbia</b>	<b>1</b>	
5			
6			
7			
8			
9			

<b>10</b>			
<b>11</b>			
<b>12</b>			

**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. Juridica)	 Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo: VALENTINA BELEN PONCE CASTILLO</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: Claudia Gallardo</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>