



Establecimiento	DR. EMILIO SCHAFFHAUSER
Nombre Completo	LUISA DEL CARMEN MATTE GUERRA
RUT	
Programa	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	TRABAJADORA COMUNITARIA EN SALUD MENTAL
Horas trabajadas semanales	33 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	3 DIAS- VACACIONES
Días licencia (consignar fechas del periodo)	0
Fecha Informe	18 DE JUNIO 2024

MONTO BOLETA	\$480.000
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-06-2024	30-06-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

1	Reunión equipo de especialidad u otro establecimiento distinto del que se prestan funciones. Se aborda la situación de un usuario/a		
2	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a		
3	Reuniones con organizaciones comunitarias (organizaciones territoriales o funcionales), que cuenten o no con personalidad jurídica vigente. No contabilizar reuniones con instituciones en esta sección	6	
4	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	8	
5	Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)		
6	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)	95	
7	Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días):		
8	Evaluaciones participativas del plan de acompañamiento (junto a la familia, previa		

al cierre del proceso de acompañamiento):			
Nº	Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud	Nº de Actividades	Observaciones
9	Gestión de horas médicas para familias pertenecientes al Programa de Acompañamiento.	5	
10	Consultorías (cuando corresponda analizar situación de usuario/a del Programa de Acompañamiento)		
11	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc.(Adjuntar verificador)	11	
12	Reunión de análisis de situación de familias (Adjuntar verificador)		
13	Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)		
14	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)		
15	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador)		
16	Capacitaciones, reuniones comunales para monitorear funcionamiento del convenio, supervisiones, etc. (Adjuntar convocatoria)		

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: Luisa del Carmen Matte Guerra RUT:	Nombre Completo: Claudia Andrea Gallardo Cortés RUT:
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: