

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION 247 PAI RSH</b> |
|--------------------------------------|---|

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento                          | IP-IRC                           |
| Nombre Completo                          | Felipe Eduardo Carvajal Céspedes |
| RUT                                      |                                  |
| Programa                                 | PAT RSH                          |
| Profesión                                | Profesor de Educación Física.    |
| Horas trabajadas semanales               | 33hrs                            |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                |
| Días licencia                            | 0                                |
| Fecha Informe                            | 18 de Mayo 2024                  |

|              |                |
|--------------|----------------|
| MONTO BOLETA | <b>890.581</b> |
|--------------|----------------|

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año<br><b>01-06-2024</b> | HASTA: día - mes- año<br><b>30-06-2024</b> |
|--------------------|--|--|

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

| N° | Funciones según PAI-RSH                       | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------|---------------|
|    | Consulta de Salud Mental                      | 2                 |               |
|    | Taller de Preparación Física                  | 8                 |               |
|    | Revisión fichas clínicas                      | 4                 |               |
|    | Taller de Baby Fútbol.                        | 8                 |               |
|    | Participación reuniones clínicas equipo       | 3                 |               |
|    | Elaboración de Plan de Tratamiento Individual | 3                 |               |
|    |   |                   |               |
|    |   |                   |               |
|    |   |                   |               |
|    |   |                   |               |

**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<br> |
| <b>Nombre Completo: Felipe Eduardo Carvajal Céspedes.</b><br><b>RUT:</b>   | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>   |

|  |  |
|--|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud     |
| <b>Nombre Completo: Alejandra Gottlieb C</b><br><b>RUT:</b> <b>Psicóloga</b>   | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b> |