



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 244 PAB RSH</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM RSH
Nombre Completo	Sofía Constanza Jorquera Toro
RUT	
Programa	PAB RSH
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	Del 1 al 15 de julio
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-07-2024

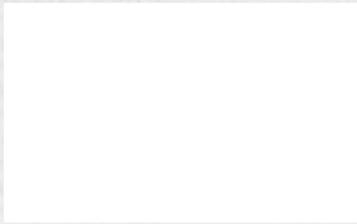
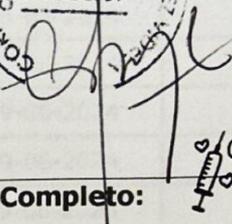
MONTO BOLETA	115.500
--------------	---------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-07-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-07-2024</b>
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PAB	N° de Actividades	Observaciones
1	Evaluaciones iniciales efectuadas - Trabajadora social	<b>6</b>	
2	Control social efectuados- Trabajadora social	<b>4</b>	
3	Control salud mental- Trabajadora social	<b>6</b>	
4	Control salud mental-Terapeuta ocupacional	<b>0</b>	
5	Control salud mental- Médico	<b>0</b>	
6	Control salud mental- Psicóloga	<b>0</b>	
7	Intervención psicosocial grupal- Dupla psicosocial To y Ps	<b>0</b>	
8	Ingresos/Egresos a Programa PAB- Médico	<b>0</b>	
9	Visita domiciliaria integral y/o rescate - Trabajadora social	<b>0</b>	<b>No se realizan visitas por falta de móvil.</b>
10	Rescates telefónicos efectivos	<b>30</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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p> 	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>   <p>Carolina Puaa Pichuanche Enfermera</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> Sofia Jorquera Toro <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <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>