



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION
--------------------------------------	-----------------------------------

Establecimiento	CESFAM Las Compañías.
Nombre Completo	Rocío Isabel Rojas Godoy
RUT	
Programa	Programa de Acompañamiento Psicosocial/ cód. 239
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	No aplica
Días licencia (consignar fechas del periodo)	No aplica
Fecha Informe	18 de agosto 2024

MONTO BOLETA	1.200.000
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 19-07-2024	HASTA: día - mes- año 18-08-2024
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a	23	
	Reunión sector salud	2	
	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	32	Móvil disponible 1 día a la semana.
	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)	149	27 apoyos telefónicos 122 mensajería de difusión.
	Egresos	1	
	Evaluación participativa al egreso del programa	1	
	Ingresos	4	
	Evaluación de factores de riesgos	3	
	Gestión de hora	17	
N°	Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud	N° de Actividades	Observaciones
	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento	3	
	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc. (Adjuntar verificador)	12	2 autocuidados 5 reuniones de sector 2 reunión ampliada 3 capacitaciones

Historias	3	
Derivación a programas intersectoriales	3	
Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)	14	
Registro apoyos telefónicos en documentos de ficha clínica	145	Ingreso de documento de registro de llamados a ficha clínica de usuario
Reunión de análisis de situación de familias	7	
Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)	2	Participación en actividad del Día de las Infancias y Semana de la Lactancia Materna

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: Rocío Isabel Rojas Godoy RUT:	 Nombre Completo: Francisca Aredondo L. RUT: Nutricionista

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: