



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

Establecimiento	CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez
Nombre Completo	Rosa Carmen Pinto Pérez
RUT	
Programa	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	Trabajadora Comunitaria Salud Mental
Horas trabajadas semanales	33 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	2 días administrativos.
Días licencia (consignar fechas del período)	0
Fecha Informe	SEPTIEMBRE

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

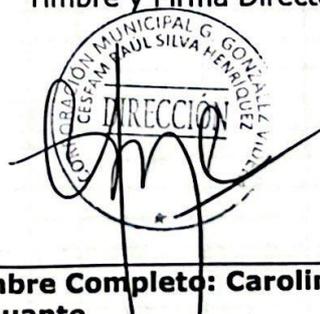
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-09-2024	30-09-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
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	7	3 Reuniones con Juntas de Vecinos. 4 Reuniones GAM.
4	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	24	
5	Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)		
6	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)	215	
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):		

N°	Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud	N° de Actividades	Observaciones
9	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento		
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)	8	Reuniones de sectores CESFAM.
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)	12	Entrega de horas de atención a usuarios.
15	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador)	1	Ferías en el frontis del CESFAM.
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: Rosa Carmen Pinto Pérez. RUT:	 Nombre Completo: Carolina Alejandra Puga Pichuante. RUT:

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