



|                                   |                                                                 |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION 243<br/>REFUERZO SALUD MENTAL</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

|                                          |                                |
|------------------------------------------|--------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO             |
| Nombre Completo                          | KHANDA I PÉREZ DÍAZ            |
| RUT                                      |                                |
| Programa                                 | REFUERZO SALUD MENTAL          |
| Profesión                                | PSICOLOGA                      |
| Horas trabajadas semanales               | NO APLICA (7 TURNOS, 21 HORAS) |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA                      |
| Días licencia                            | NO APLICA                      |
| Fecha Informe                            | 18.09.2024                     |

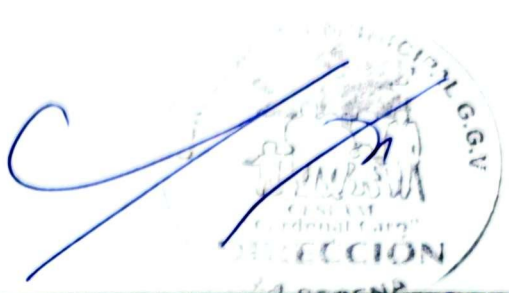
|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$190.260 |
|--------------|-----------|

|                    |                                     |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año<br>21.08.2024 | HASTA: día - mes- año<br>20.09.2024 |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

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

| Nº | Funciones según PRAPS                             | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|---------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | PESQUISA VULNERACION DE Dº                        | 06                |               |
| 2  | PSICOEDUCACION                                    | 09                |               |
| 3  | OTRO: DERIVACION VIA CORREO                       | 02                |               |
| 4  | ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL                        | 21                |               |
| 5  | OTRO: DERIVACION VIA PAPEL                        | 02                |               |
| 6  | PESQUISA SM EN SALA DE ESPERA                     | 03                |               |
| 7  | PRIMER APOYO PSICOLOGICO E INTERVENCION EN CRISIS | 04                |               |
|    | INTERVENCION PSICOSOCIAL CON FAMILIARES           | 02                |               |
| 9  | REVISION FICHA AVIS                               | 42                |               |

**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><b>Nombre Completo:</b> Khanda I Pérez Díaz<br/><b>RUT:</b></p>                | <p><b>Nombre Completo:</b> Catalina Caskio<br/><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><br/><b>RUT:</b></p>                                    | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                             |