

INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024

Establecimiento	SAPU Cesfam Cardenal José María Caro
Nombre Completo	Fernanda Paola Palma Gómez
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	Psicóloga
Fecha de informe	18/9/2024

Numero de Boleta	206
Monto Boleta	81.540

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/7/2024	20/8/2024

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

No presenté la boleta correspondiente al mes de agosto durante el mes correspondiente debido a encontrarme con licencia médica por apendagitis epiploica en colon, lo cual me era imposible dirigirme al centro de salud a hacer entrega de los documentos por encontrarme con reposo absoluto. Esto fue informado oportunamente vía correo a encargada comunal PSMI y coordinadora del departamento de salud que tiene a cargo este convenio, además de ir copiada en dicho correo coordinadora de SAPU.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)

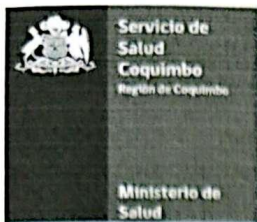
Timbre y Firma Director/a CESFAM

Nombre Completo: Fernanda Paola Palma Gómez
RUT:

Nombre Completo: Carolina Lazullo
RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre Completo:



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 243 REFUERZO SALUD MENTAL
--------------------------------------	---

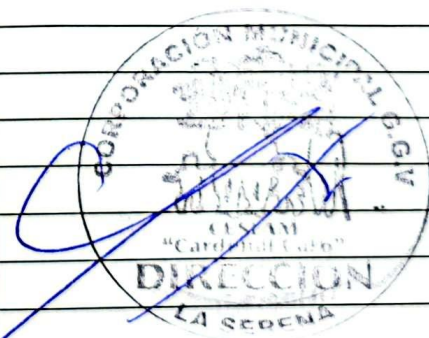
Establecimiento	SAPU Cesfam Cardenal José María Caro
Nombre Completo	Fernanda Paola Palma Gómez
CUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas semanales	9 horas (lunes a viernes)
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	18/9/2024

MONTANTO BOLETA	81.540
-----------------	--------

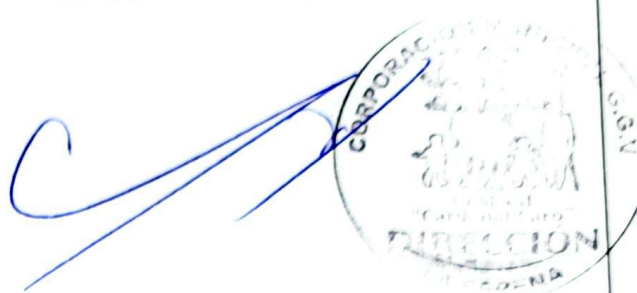
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 21/7/2024	HASTA: día - mes- año 20/8/2024
--------------------	------------------------------------	------------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
Primero apoyo psicológico e intervención en crisis	1	
Tamizaje	1	
Intervención psicosocial con familiar	2	
Seguimiento telefónico	4	
Psicoeducación	3	
Otra: gestión de caso	1	



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: <i>Fernanda Paola Palma Gómez</i> RUT:	Nombre Completo: <i>Esteban Ceruto</i> RUT:
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: