



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	1,5 días administrativos 6 días de feriados legales
Días licencia (consignar fechas del periodo)	1 día (23 de agosto 2024)
Fecha Informe	18 de septiembre 2024

MONTO BOLETA	1.160.000
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	19-08-2024	18-09-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a	14	
2	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	28	Móvil disponible 1 día a la semana.
3	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)	37	
4	Egresos	3	
5	Ingresos	4	
6	Evaluación de factores de riesgos	3	
7	Gestión de hora	10	
Nº	Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud	Nº de Actividades	Observaciones
8	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento	7	
9	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc. (Adjuntar verificador)	8	7 reuniones de sector 1 reunión de salud mental
10	Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)	8	

	Registro apoyos telefónicos en documentos de ficha clínica	88	Ingreso de documento de registro de llamados a ficha clínica de usuario
12	Reunión de análisis de situación de familias	5	
13	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)	1	Participación en actividad del "Día Mundial de la Prevención del Suicidio"

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: Carolina Troncoso Checcón RUT: Kinesióloga

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