

|                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION</b> |
|--------------------------------------|-----------------------------------|

|  |  |
|--|--|
| 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     | 0                                      |
| Días licencia (consignar fechas del período) | 0                                      |
| Fecha Informe                                | OCTUBRE                                |

|              |                  |
|--------------|------------------|
| MONTO BOLETA | <b>\$480.000</b> |
|--------------|------------------|

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | <b>01-10-2024</b>     | <b>31-10-2024</b>     |

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

| 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<br>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.<br><b>No contabilizar reuniones con instituciones en esta sección</b> | <b>6</b>          | <b>2 Reuniones con Juntas de Vecinos.</b><br><b>4 Reuniones GAM.</b> |
| 4  | Visitas domiciliarias (urbano)<br>(incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)  | <b>4</b>          |  |
| 5  | Visitas domiciliarias (rural)<br>(incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)   |                   |  |
| 6  | Contacto telefónico (llamadas/mensajería)<br>(NO INCLUIR el registro de llamadas)   | <b>198</b>        |  |
| 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)   |                   |               |
| 12 | Reunión de análisis de situación de familias (Adjuntar verificador)   | 42                |               |
| 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)  |                   |               |
| 15 | Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador) |                   |               |
| 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.<br>RUT:                          | <br>Nombre Completo: Carolina Alejandra Puga Pichuante.<br>RUT: |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo:<br>RUT:             | Nombre Completo:<br>RUT:           |