



| | |
|---------------------------------------|--|
| I.- MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION 239 PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL |
|---------------------------------------|--|

| | |
|--|---|
| Establecimiento | Cesfam Juan Pablo II |
| Nombre Completo | Susana Belinda Vera Quijada |
| RUT | |
| Programa | PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL |
| Profesión | Trabajadora Comunitaria en Salud Mental |
| Horas trabajadas semanales | 33 Horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia (consignar fechas del periodo) | - |
| Fecha Informe | Octubre 2024. |

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

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

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------|---|
| 1 | Reuniones con organizaciones comunitarias (organizaciones territoriales o funcionales), que cuenten o no con personalidad jurídica vigente. | 15 | |
| 2 | Contacto telefónico (llamadas/mensajería) | 156 | TS realiza escaneo y sube documentación a AVIS. |
| 3 | Visitas Domiciliarias | 20 | TS evoluciona en Avis y aplica los instrumentos. |
| N° | Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud | N° de Actividades | Observaciones |
| 4 | Gestión de horas en SOMES correspondientes. | 4 | |
| 5 | Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) | 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.

| | |
|---|---|
| <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p>Nombre Completo: Susana Vera Quijada RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz RUT:</p> |

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