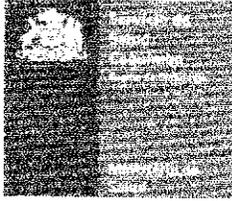


**DECLARAMOS**, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al PRAPS. Esto bajo juramento y en consideración 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> Juan Pablo Martínez R. <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Andrés Jellinek Cortés</i> <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> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>



<b>MINISTERIO DE SALUD</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL</b>
----------------------------	--

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	JUAN PABLO MARTINEZ RAMIREZ
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	PSICOLOGO
Horas trabajadas semanales	22 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	OCTUBRE 2024

MONTO BOLETA	<b>\$ 689.418.- N° 93</b>
--------------	---------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-10-2024	HASTA: 31-10-2024
--------------------	-------------------	-------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA FUNCIÓN	CANTIDAD REALIZADA	OTROS DATOS
1	<b>CONTROL SALUD MENTAL</b>	<b>16</b>	
2	<b>VISITAS DOMICILIARIAS</b>	<b>3</b>	
3	<b>RESCATES TELEFÓNICOS Y TEXTO</b>	<b>20</b>	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			