

<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 243 REFUERZO SALUD MENTAL</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	SAR Raúl Silva Henríquez
Nombre Completo	Rocío Rojas Godoy
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	(1 turno) 3 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	No aplica
Días licencia	No aplica
Fecha Informe	18 de octubre 2024

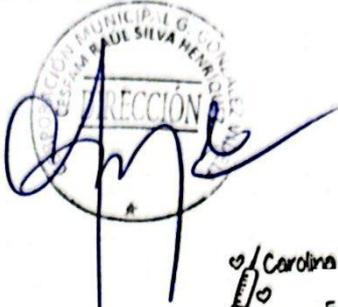
MONTO BOLETA	<b>\$27180</b>
--------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>21-09-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>20-10-2024</b>
--------------------	--	--

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

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>Primer apoyo psicológico e intervención en crisis</b>	<b>2</b>	
<b>2</b>	<b>Pesquisa activa de necesidades de cuidado de salud mental</b>	<b>1</b>	

**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>Carolina Puzos Pichuente Enfermera</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> Rocío Rojas Godoy <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <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>