



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION
----------------------------------	----------------------------

Establecimiento	CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser
Nombre Completo	Ana Javiera Rojas Marín
RUT	
Programa	Programa de Acompañamiento Psicosocial/ cód. 239
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia (consignar fechas del periodo)	NO APLICA
Fecha Informe	OCTUBRE

MONTO BOLETA	1.200.000
--------------	-----------

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

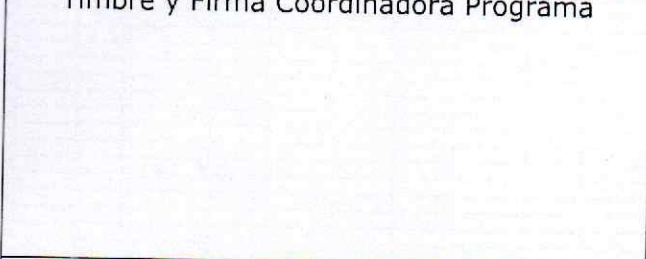
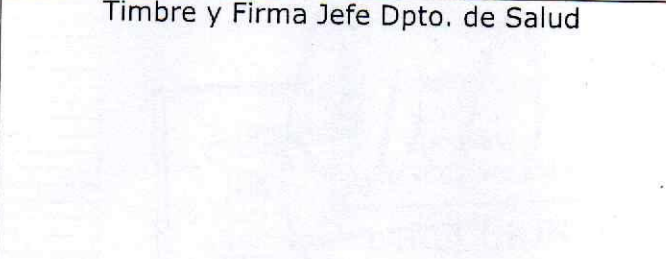
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	Funciones según PRAPS	Nº 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 Se aborda la situación de un usuario/a	12	
3	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)		
4	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)	3	
5	Egresos		
6	Ingresos		
7	Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días):	18	ACTUALIZACIÓN DE PLANES DE ACOMPAÑAMIENTO.
8	Evaluaciones participativas del plan de acompañamiento (junto a la familia, previa al cierre del proceso de acompañamiento):		
Nº	Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud	Nº de Actividades	Observaciones
9	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento	4	
10	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones		

	de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc.(Adjuntar verificador)		
11	Registro de actas de llamados telefónicos en sistema AVIS.	87	
12	Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)	14	
13	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador)		
14	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: Ana Javiera Rojas Marín RUT:	Nombre Completo: Claudia Andrea Gallardo Cortes RUT:

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