



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

| | |
|--|-------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | CLAUDIA ANDREA SALAS ARAYA |
| RUT | |
| Programa | PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL |
| Profesión | TRABAJADORA SOCIAL |
| Horas trabajadas semanales | 44 HORAS ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 1 ADMINISTRATIVO |
| Días licencia (consignar fechas del periodo) | 0 |
| Fecha Informe | OCTUBRE |

| | |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | 1.200.000 ✓ |
|--------------|-------------|

| | | |
|--------------------|---|---|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 01 DE OCTUBRE 2024 | HASTA: día - mes- año 31 DE OCTUBRE 2024 ✓ |
|--------------------|---|---|

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

| 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 | PARO |
| 2 | Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a | 0 | |
| 3 | Reuniones con organizaciones comunitarias (organizaciones territoriales o funcionales), que cuenten o no con personalidad jurídica vigente. No contabilizar reuniones con instituciones en esta sección | NO APLICA | |
| 4 | Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento) | 0 | PARO |
| 5 | Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento) | 0 | PARO |
| 6 | Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas) | 0 | |
| 7 | Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días): | 53 | Actualización de planes. |
| 8 | Evaluaciones participativas del plan de acompañamiento (junto a la familia, previa | 0 | PARO |

| 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 | 0 | PARO |
| 10 | Consultorías (cuando corresponda analizar situación de usuario/a del Programa de Acompañamiento) | 0 | |
| 11 | Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc.(Adjuntar verificador) | 0 | PARO |
| 12 | Reunión de análisis de situación de familias (Adjuntar verificador) | 53 | Análisis y monitoreo de todos los usuarios. |
| 13 | Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador) | 8 | Casos críticos. PARO |
| 14 | Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador) | 0 | PARO |
| 15 | Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador) | 0 | PARO |
| 16 | Capacitaciones, reuniones comunales para monitorear funcionamiento del convenio, supervisiones, etc. (Adjuntar convocatoria) | 0 | PARO |

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 (D. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
| Nombre Completo: <i>CLAUDIA SALAS ARAYA</i> RUT: _____ |  Nombre Completo: _____ RUT: _____ ENFERMERA |

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