



<b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN 243 REFUERZO SALUD MENTAL</b>
-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------

Establecimiento	SAR RAÚL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	JAVIER IVAN CORTES MUÑOZ
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	PSICÓLOGO
Horas trabajadas semanales	06 horas trabajadas ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe 30/11/2024	2024

MONTO BOLETA	<b>\$ 60.126</b>
--------------	------------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 10 - 2024	HASTA: 31 - 10 - 2024
--------------------	-----------------------	-----------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>Pesquisa necesidades Salud Mental en Sala de Espera SAR</b>	<b>1</b>	
2	<b>Pesquisa vulneraciones en sala de espera SAR</b>		
3	<b>Seguimiento por llamada telefónica</b>	<b>1</b>	
4	<b>Primer Apoyo Psicológico/ Intervención en crisis</b>	<b>2</b>	
5	<b>Intervención Psicosocial con Familiares</b>	<b>1</b>	
6	<b>Acompañamiento Psicosocial</b>	<b>4</b>	
7	<b>Psicoeducación</b>	<b>5</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.

Timbre y firma	Funciones (P.)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	JAVIER IVAN CORTES MUÑOZ	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa		Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>		<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>



**Alejandra Gottlieb C**  
Psicóloga

