



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

Establecimiento	Sapu Cardenal Caro
Nombre Completo	Daniel Enrique Cifuentes Tapia
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	Trabajador Social
Horas trabajadas semanales	3 TURNOS (9 horas)
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	30/11/2024

MONTO BOLETA	<b>\$81.540.-</b>
--------------	-------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01/11/2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>30/11/2024</b>
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>Psicoeducación</b>	<b>6</b>	
<b>2</b>	<b>Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis</b>	<b>1</b>	
<b>3</b>	<b>Acompañamiento psicosocial</b>	<b>7</b>	
<b>4</b>	<b>Intervenciones psicosociales con familiares</b>	<b>0</b>	
<b>5</b>	<b>Otros (seguimiento telefónico, derivaciones vía correo electrónico)</b>	<b>0</b>	
<b>6</b>	<b>Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derecho</b>	<b>0</b>	
<b>7</b>	<b>Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en sala de espera</b>	<b>2</b>	
<b>8</b>			
<b>9</b>			

10			
11			
12			

**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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> Daniel Cifuentes Tapia <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Fernando Valenzuela</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> <i>Alejandra Gottlieb C</i> <b>RUT:</b> <i>Psicóloga</i></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>