

|                                      |                                                              |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br/>COD.201 SUELDO GENERAL</b> |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                          |                             |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER  |
| Nombre Completo                          | JUAN PABLO MARTÍNEZ RAMÍREZ |
| RUT                                      |                             |
| Programa                                 | SALUD MENTAL                |
| Profesión                                | PSICÓLOGO                   |
| Horas trabajadas semanales               | 22                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                             |
| Días licencia                            |                             |
| Fecha Informe                            | 30-11-2024                  |

|                  |         |
|------------------|---------|
| NÚMERO DE BOLETA | 94      |
| MONTO BOLETA     | 689.418 |

|                    |                      |                       |
|--------------------|----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 11- 2024 | HASTA: 30 - 11 - 2024 |
|--------------------|----------------------|-----------------------|

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

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Visita domiciliaria integral                     | 9         |
| 2  | Control salud mental                             | 12        |
| 3  | Rescate telefónico y mensajes de texto           | 24        |
| 4  | Consulta salud mental                            |           |
| 5  |                                                  |           |
| 6  |                                                  |           |
| 7  |                                                  |           |
| 8  | Otras (especificar las acciones)                 |           |

**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                                                     |
|  |  |
| <b>Nombre Completo:</b> Juan Pablo Martínez R.<br><b>RUT:</b>                       | <b>Nombre Completo:</b> Fabián Jamet Rivera<br><b>RUT:</b>                           |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                   |



|                                      |                                                              |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br/>COD.201 SUELDO GENERAL</b> |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                          |                             |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER  |
| Nombre Completo                          | JUAN PABLO MARTÍNEZ RAMÍREZ |
| RUT                                      |                             |
| Programa                                 | SALUD MENTAL                |
| Profesión                                | PSICÓLOGO                   |
| Horas trabajadas semanales               | 22                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                             |
| Días licencia                            |                             |
| Fecha Informe                            | 31-10-2024                  |

|                  |         |
|------------------|---------|
| NÚMERO DE BOLETA | 93      |
| MONTO BOLETA     | 689.418 |

|                    |                      |                       |
|--------------------|----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 19 - 10- 2024 | HASTA: 31 - 10 - 2024 |
|--------------------|----------------------|-----------------------|

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

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Visita domiciliaria integral                     | 1         |
| 2  | Control salud mental                             | 3         |
| 3  | Rescate telefónico y mensajes de texto           | 19        |
| 4  | Consulta salud mental                            |           |
| 5  |                                                  |           |
| 6  |                                                  |           |
| 7  |                                                  |           |
| 8  | Otras (especificar las acciones)                 |           |

**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: Juan Pablo Martínez R.<br>RUT:                                     | Nombre Completo:<br>RUT:                                                             |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                   |