



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

Establecimiento	Edificio Comunal de Salud
Nombre Completo	Camila Constanza Alfaro Cortés
RUN	
Programa	Atención Domiciliaria
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas semanales	22 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	1 día de vacaciones.
Días licencia	0 días.
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$689.418 - Boleta N°: 30
-------------------	---------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-11-24 19-10-24	HASTA: 30-11-2024 31-10-24
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Visitas domiciliarias	37	
3	Consulta psicológica	4	
4	Rescate telefónico	0	
5	Seguimiento telefónico	23	
6	Rescate domiciliario	0	
7	Consejerías familiares	1	
10	Otros (operativos comunitarios).	0	

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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;"><u>NO APLICA</u></p>
<p>Nombre Completo: Camila Constanza Alfaro Cortés. RUN: _____</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: SERENA RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>