



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

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	SHON GUTIÉRREZ ALVEAL
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	TRABAJADOR SOCIAL
Horas trabajadas semanales	6 TURNOS (18 HRS)
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	30-11-2024

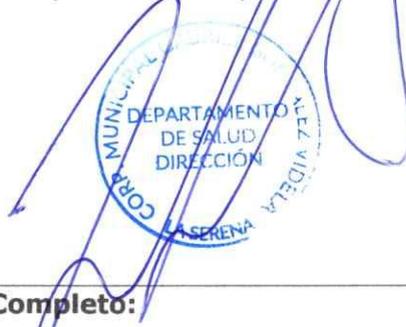
MONTO BOLETA	<b>\$163.080</b>
--------------	------------------

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
1	<b>PRIMER APOYO PSICOLÓGICO E INTERVENCIÓN EN CRISIS</b>	2	
2	<b>PESQUISA DE SALUD MENTAL EN SALA DE ESPERA</b>	2	
3	<b>PSICOEDUCACIÓN</b>	7	
4	<b>SEGUIMIETO TELEFÓNICO</b>	3	
5	<b>DERIVACIÓN</b>	2	
6	<b>ACOMPañAMIENTO PSICOSOCIAL</b>	9	
7			
8			
9			
10			
11			

**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> SHON GUTIÉRREZ ALVEAL <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Fernando Valenzuela A.</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> _____ Psicóloga</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____</p>