



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 247 PAI RSH</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	IP-IRC
Nombre Completo	María José Bravo Julio
RUT	-----
Programa	PAI RSH
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	33hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31/03/ 2025

MONTO BOLETA	<b>1.081.947</b>
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 03- 2025	HASTA: 31- 03- 2025
--------------------	----------------------	---------------------

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

Nº	Funciones según PAI-RSH	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Consulta de Salud Mental	<b>24</b>	
<b>2</b>	Intervención educativas con usuarios asociados a la prevención de recaídas	<b>4</b>	
<b>3</b>	Revisión fichas clínicas	<b>11</b>	
<b>4</b>	Atenciones con familias	<b>1</b>	
<b>5</b>	Participación reuniones clínicas equipo	<b>3</b>	
<b>6</b>	Elaboración de informes	<b>5</b>	
<b>7</b>	Atenciones en conjunto con médico psiquiatra.	<b>3</b>	
<b>8</b>	Coordinación con IP IRC	<b>2</b>	
<b>9</b>	Aplicación test de drogas	<b>1</b>	
<b>10</b>	Elaboración de Plan de Tratamiento Individual.	<b>11</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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p><i>Karen Santiago Araujo</i>          DIRECTORA TÉCNICA          PAI RSH CIP-CRC</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> María José Bravo  <b>Julio</b>  <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b>  <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p><i>[Handwritten Signature]</i></p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  <p><i>[Handwritten Signature]</i></p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <i>[Handwritten]</i>  <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b>  <b>RUT:</b></p>