



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

Establecimiento	IP-IRC
Nombre Completo	Gabriela Andrea Espejo Hernández
RUT	
Programa	PAI RSH
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas semanales	33hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	10 días vacaciones
Días licencia	0
Fecha Informe	31 de Marzo 2025

MONTO BOLETA	1.081.947
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-03-2025</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-03-2025</b>
--------------------	--	--

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

Nº	Funciones según PAI-RSH	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Consulta psicológica	<b>12</b>	
<b>2</b>	Participación reuniones clínicas SENAME PRAPS PAI	<b>1</b>	
<b>3</b>	Revisión fichas clínicas	<b>4 fichas</b>	
<b>4</b>	Participación reuniones clínicas equipo	<b>2</b>	
<b>5</b>	Psicoterapia individual	<b>4</b>	
<b>6</b>	Elaboración de informes	<b>2</b>	
<b>7</b>	Coordinación con IP-IRC	<b>3</b>	
<b>8</b>	Informes según nuevos protocolos	<b>1</b>	
<b>9</b>	Aplicación test de drogas	<b>0</b>	
<b>10</b>	Aplicación de test psicológicos a usuarios	<b>1</b>	
<b>11</b>	Asistencia a seminarios	<b>0</b>	
<b>12</b>	Elaboración de pti	<b>1</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. Juridica)</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: Gabriela Andrea Espejo Hernández</b>  <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b>  <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> <p> <i>[Signature]</i></p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> <p> <i>[Signature]</i></p>
<p><b>Nombre Completo: Nathaly Leon Jimenez</b>  <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b>  <b>RUT:</b></p>