



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 244 PAB RSH</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	Cesfam Raúl Silva Henríquez
Nombre Completo	Evelyn Lorena Bravo Pérez
RUT	
Programa	PAB RSH
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	12 horas semanales
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31/03/2025

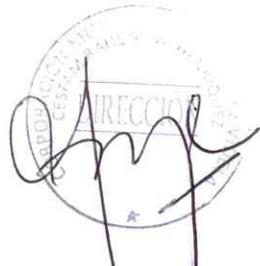
MONTO BOLETA	<b>\$ 450.000</b>
--------------	-------------------

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

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

Nº	Funciones según PAB	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>Control salud mental – Trabajadora Social</b>	18	
<b>2</b>	<b>Intervención psicosocial grupal de TS</b>	1	
<b>3</b>	<b>Rescates telefónicos efectivos</b>	13	
<b>4</b>	<b>Reunión de equipo PAB</b>	1	
<b>5</b>	<b>Reunión con encargada de SENDA</b>	1	
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</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><b>Nombre Completo:</b> Evelyn Lorena Bravo Pérez</p> <p><b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Carolina Alejandra Puga Pichuante.</p> <p><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>Nathaly Ben Osm</i></p> <p><b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> _____</p> <p><b>RUT:</b> _____</p>