



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

Establecimiento	PAI Raúl Silva Henríquez IP –IRC La Serena
Nombre Completo	Claudia Alejandra Guzmán Trigo
RUT	
Programa	PAI RSH
Profesión	Ingeniera en Planificación y Desarrollo Social
Horas trabajadas semanales	41
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30/04/2025

MONTO BOLETA	<b>\$ 893.513 (bruto) N° de boleta 220</b>
--------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: 1° - 04- 2025	HASTA: 30- 04- 2025
--------------------	----------------------	---------------------

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

	Funciones según PAI-RSH	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>Participación y registro en reuniones técnicas</b>	<b>3</b>	
<b>2</b>	<b>Revisión y envío de correos</b>	<b>20</b>	<b>Función que se realiza diariamente, se consideran los días hábiles trabajados</b>
<b>3</b>	<b>Registro de prestaciones en SISTRAT</b>	<b>22</b>	<b>Semanal</b>
<b>4</b>	<b>Ingreso a usuarios derivados a ficha de demanda SISTRAT</b>	<b>3</b>	
<b>5</b>	<b>Elaborar semanalmente rutina del equipo y enviarla a encargados de rutina del centro</b>	<b>4</b>	<b>Semanal</b>
<b>6</b>	<b>Coordinación con Terapeutas Ocupacionales del centro por rutina del programa</b>	<b>4</b>	
<b>7</b>	<b>Elaboración de fichas clínicas de usuarios, anexo de documentos</b>	<b>22</b>	

8	Entrega quincenal de medicamentos a encargada de Salud del centro	0	
9	Enviar mensualmente recetas de jóvenes PAI a CESFAM RSH para que sean ingresadas al sistema	1	
10	Actualizar nómina de jóvenes del programa y socializarla a profesionales de SNRSJ	2	

**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 PAI- RSH. 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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	
<b>Nombre Completo: Claudia Alejandra Guzmán Trigo</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
<b>Nombre Completo: María Francisca del Monte</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>