



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN
--------------------------------------	-----------------------------------

Establecimiento	CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	CAROLINA ALEJANDRA AMED RIVERA
RUT	
Programa	DETECCION INTERVENCION Y REFERENCIA ASISTIDA(DIR)
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	30 DE ABRIL DEL 2025

MONTO BOLETA	\$1.368.672.- N° DE BOLETA (60)
--------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-04-2025	30-04-2025

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Aplicación CRAFF	0	x
2	Aplicación AUDIT	100	
3	Aplicación ASSIST	0	
4	Intervenciones Mínimas	100	x
5	Intervenciones Breves	0	x
6	Referencias asistidas	0	x
7	Capacitaciones al equipo	1	CAPACITACION AVIS
8	Actividades Promocionales (Stand, ferias, campañas, hitos o efemérides en relación)	1	EMPA
9	Capacitaciones/Jornadas a Comunidad	0	
10	Estadística	0	x
11	Registro AVIS	100	X
12	Otros	0	(Detallar)

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>Nombre Completo: CAROLINA AMED RIVERA RUT:</p>	<p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: Karla Promisla Pérez Huete RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>