



I. MUNICIPALIDAD DE XXXXXXX	INFORME MENSUAL DE GESTION
--	-----------------------------------

Establecimiento	CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	ANDREA PAOLA PIZARRO CASTRO
RUT	
Programa	ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	TECNICO EN TRABAJO SOCIAL
Horas trabajadas semanales	40 HRS ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	NO
Días licencia (consignar fechas del periodo)	NO
Fecha Informe	30-04-2025

MONTO BOLETA	728.900 N° BOLETA 1 ✓
--------------	-----------------------

PERIODO DE INFORME	1-04-2025 ✓	30-04-2025 ✓
--------------------	-------------	--------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Reunión equipo de especialidad u otro establecimiento distinto del que se prestan funciones. Se aborda la situación de un usuario/a	0	0
2	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a		
3	Reuniones con organizaciones comunitarias (organizaciones territoriales o funcionales), que cuenten o no con personalidad jurídica vigente. No contabilizar reuniones con instituciones en esta sección	2	
4	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)		
5	Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	5	APOYO A TRABAJADOR SOCIAL
6	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)	53	0
7	Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días):		
8	Evaluaciones participativas del plan de acompañamiento (junto a la familia, previa	3	APOYO A TRABAJADOR SOCIAL

N°	Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud	N° de Actividades	Observaciones
	al cierre del proceso de acompañamiento):		
9	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento		
10	Consultorías (cuando corresponda analizar situación de usuario/a del Programa de Acompañamiento)		
11	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc.(Adjuntar verificador)		
12	Reunión de análisis de situación de familias (Adjuntar verificador)		
13	Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)		
14	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)		
15	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador)		
16	Capacitaciones, reuniones comunales para monitorear funcionamiento del convenio, supervisiones, etc. (Adjuntar convocatoria)	3	

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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	
Nombre Completo: ANDREA PIZARRO RUT:	Nombre Completo: Carolina Puga Pichuante RUT: Enfermera

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
Nombre Completo: Karle Poz Hunk RUT:	Nombre Completo: RUT: