



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	Nicole Araya Castillo
RUT	
Programa	ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Horas trabajadas semanales	44 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	1
Días licencia (consignar fechas del periodo)	
Fecha Informe	30/04/2025

MONTO BOLETA	\$1.700.766 NUMERO BOLETA 112
--------------	-------------------------------

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

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Reunión equipo de especialidad u otro establecimiento distinto del que se prestan funciones. Se aborda la situación de un usuario/a	<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniones remotas con Residencia El Puente.</li> <li>- Reunión Presencial PIE Rigoberta Menchú</li> </ul>
<b>2</b>	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a	<b>21</b>	Reuniones intersectoriales con Establecimientos educativos y de salud.
<b>3</b>	Reuniones con organizaciones comunitarias (organizaciones territoriales o funcionales), que cuenten o no con personalidad jurídica vigente. <b>No contabilizar reuniones con instituciones en esta sección</b>	<b>3</b>	Reunión con Arteterapia, Escuela de Primer Nivel y Grupo de Autoayuda Multifamiliar.
<b>4</b>	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	<b>16</b>	Visitas en el domicilio de la familia.
<b>5</b>	Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	-	-
<b>6</b>	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)		
<b>7</b>	Planes de Acompañamiento consensuado	<b>11</b>	Planes en proceso de

	(Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días)		elaboración según ingresos del mes actual.
8	Evaluaciones participativas del plan de acompañamiento (junto a la familia, previa al cierre del proceso de acompañamiento)	11	Se evalúan los procesos de acompañamiento de las familias egresadas en el mes actual.
<b>Nº</b>	<b>Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud</b>	<b>Nº de Actividades</b>	<b>Observaciones</b>
9	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento	11	Se realiza revisión exhaustiva acerca de los pacientes que ingresaron
10	Consultorías (cuando corresponda analizar situación de usuario/a del Programa de Acompañamiento)	0	
11	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc.(Adjuntar verificador)	9	Participación en reuniones de sector azul y verde.
12	Reunión de análisis de situación de familias (Adjuntar verificador)	4	Reuniones de equipo semanales; organización y creación de agenda.
13	Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)	25	Reunión con cada profesional de equipos PSMI y PRAPS.
14	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)	0	
15	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador)	2	Participación y apoyo en Feria de promoción de la salud.
16	Capacitaciones, reuniones comunales para monitorear funcionamiento del convenio, supervisiones, etc. (Adjuntar convocatoria)	3	2 Reunion equipos PACOM 1 Reunión SSCOquimbo
17	Registro de Apoyos telefónicos en ficha clínica por usuario.	72	Subida documento de seguimiento manual realizado por TCSM en ficha clínica de cada usuario.
18	INGRESOS	5	Aplicación de instrumentos de ingreso y consentimiento informado.
19	EGRESOS	3	Aplicación de evaluación participativa y análisis del proceso.

**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: *Miriam Araya*  
RUT:

Nombre Completo: *Carolina Cavello*  
RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



Nombre Completo: *María Francisca Pérez Vera*  
RUT:

Nombre Completo:  
RUT: