



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION 247 PAI RSH |
|--------------------------------------|---|

| | |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento | IP-IRC |
| Nombre Completo | Gabriela Andrea Espejo Hernández |
| RUT | |
| Programa | PAI RSH |
| Profesión | Psicóloga |
| Horas trabajadas semanales | 33hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 30 de Abril 2025 |

| | |
|--------------|----------------------------------|
| MONTO BOLETA | 1.081.947 N° de boleta 71 |
|--------------|----------------------------------|

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

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PAI-RSH | N° de Actividades | Observaciones |
|-----------|---|-------------------|---------------|
| 1 | Consulta psicológica | 15 | |
| 2 | Participación reuniones clínicas SENAME PRAPS PAI | 2 | |
| 3 | Revisión fichas clínicas | 3fichas | |
| 4 | Participación reuniones clínicas equipo | 1 | |
| 5 | Psicoterapia individual | 13 | |
| 6 | Elaboración de informes | 2 | |
| 7 | Coordinación con IP-IRC | 4 | |
| 8 | Informes según nuevos protocolos | 1 | |
| 9 | Aplicación test de drogas | 0 | |
| 10 | Aplicación de test psicológicos a usuarios | 1 | |
| 11 | Asistencia a seminarios | 0 | |
| 12 | Elaboración de pti | 1 | |

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>Karen Santiago Araujo DIRECTORA TÉCNICA PAI RSH CIP-CRC</p> |
| <p>Nombre Completo: Gabriela Andrea Espejo Hernández RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>   | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>   |
| <p>Nombre Completo: <i>María Francisca Pérez Huete</i> RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |