

|                                                                                                                                    |                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>CORPORACIÓN MUNICIPAL</b><br><b>La Serena</b> | <b>INFORME REFUERZO SALUD MENTAL COD. 243</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                          |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------|
| Establecimiento                          | Cesfam Emilio Schaffhauser        |
| Nombre                                   | Kamila Fernanda Castillo Orellana |
| RUT                                      |                                   |
| Profesión                                | Psicóloga                         |
| Horas semanales contratadas              | 44 hrs                            |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                 |
| Días licencia médica                     | 0                                 |
| Fecha de informe (mes)                   | 30/04/2025                        |

|              |                            |
|--------------|----------------------------|
| MONTO BOLETA | \$1.466.672 - N° Boleta 18 |
|--------------|----------------------------|

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

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

| <b>FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO</b>                  | <b>N° DE ACTIVIDADES DEL MES</b> | <b>OBSERVACIONES</b>    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Control Salud mental                                                                 | 47                               |                         |
| Intervención Psicosocial grupal                                                      | 0                                |                         |
| Consultoría                                                                          | 0                                |                         |
| Visitas domiciliarias integrales                                                     | 5                                | Equipo PADDS            |
| Consejería (como prestación dentro del PCI de la persona usuaria)                    | 47                               |                         |
| Reuniones con otros funcionarios del establecimiento (Salud Mental, otros programas) | 0                                |                         |
| Reuniones ampliadas o de sector                                                      | 1                                | 9/04/2025               |
| Rescates telefónicos                                                                 | 5                                |                         |
| Inducción con Psicóloga de Cesfam Juan Pablo II                                      | 1                                | 02/04/2025 – 04/04/2025 |
| Vinculación con el equipo de PSMI                                                    | 1                                |                         |
| Participación en jornada de trabajo provincial, convenios PRAPS                      | 1                                | 29/04/2025              |

**DECLARAMOS**, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran informadas en el Registro Estadístico Mensual y en la planilla de registro local asociados al Programa. Además, una vez que se cuente con el soporte técnico para realizarlo, las actividades mencionadas en este informe se deben encontrar registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud).

Todo 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.

### Observación:

Esta observación es exclusiva para el cobro retroactivo de boletas de prestadores de servicios.  
Se autorizará el pago de prestaciones que tengan un plazo máximo de 1 mes de retraso.  
En caso de que aplique esta observación, se deben justificar los motivos en el apartado que se encuentra a continuación

### Justificación:

---

---

---

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FIRMA                                                                                                                                                                        | Kamila Castillo Orellana                                                                                               |
| RUT                                                                                                                                                                          |                                                                                                                        |
| FECHA INFORME                                                                                                                                                                | CESFAS 30/04/2025                                                                                                      |
| Timbre y Firma Director/a CESFAM                                                                                                                                             | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa                                                                          |
| <br>Nombre: E.N. CLAUDIA GALLARDO CORTÉS<br>DIRECTORA<br>CESFAM SCHAFFHAUSER<br>La Serena | <br>Nombre: <i>Karla Paz Huete</i> |

