



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

Establecimiento	CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser Acuña
Nombre Completo	Ana Javiera Rojas Marín
RUT	
Programa	COD. 239 Programa de Acompañamiento Psicosocial
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia (consignar fechas del periodo)	NO APLICA
Fecha Informe	30-06-2025

MONTO BOLETA	\$1.700.766
NUMERO DE BOLETA	71

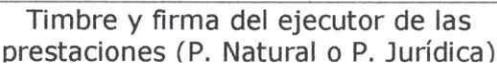
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-06-2025	30-06-2025

<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>0</b>	
<b>2</b>	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a	<b>19</b>	
<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>0</b>	
<b>4</b>	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	<b>19</b>	
<b>5</b>	Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	<b>0</b>	
<b>6</b>	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)	<b>57</b>	<b>ADJUNTAR DOC. DE LLAMADOS TELEFONICOS DE TEC.TS EN FICHA CLÍNICA.</b>
<b>7</b>	Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días)	<b>1</b>	
<b>8</b>	Evaluaciones participativas del plan de	<b>0</b>	

	acompañamiento (junto a la familia, previa al cierre del proceso de acompañamiento):		
N°	Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud	N° de Actividades	Observaciones
9	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento	7	
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)	6	1 Reunión SM, 4 Reunión de sector, 1 Autocuidado
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)	15	-Registro en ficha clínica de usuarios.
14	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)	0	
15	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (vistas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador)	0	
16	Capacitaciones, reuniones comunales para monitorear funcionamiento del convenio, supervisiones, etc. (Adjuntar convocatoria)	0	

**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
	
<b>Nombre Completo: Ana Rojas Marín</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: Claudia Cortes Gallardo</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>