



INFORME MENSUAL DE GESTION
PAI RSH CIP CRC
COD . 247

Establecimiento	PAI Raúl Silva Henríquez CIP-CRC La Serena
Nombre	Patricia Andrea González Salgado
Profesión	Asistente Social
Horas trabajadas	33 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	FEBRERO 2024

MONTO BOLETA	1.030.426
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-02-2024	HASTA: 29-02-2024
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	VISITAS DOMICILIARIAS	4
2	CONSULTA DE SALUD MENTAL	21
3	CONSULTA DE SALUD MENTAL REMOTA	3
4	INTERVENCIÓN EN CRISIS	2
5	CINE CLUB	2
6	TALLERES SOCIOEDUCATIVOS	2
7	PARTICIPACIÓN REUNIONES CLINICAS DE EQUIPO	2
8	PARTICIPACIÓN DE REUNIONES TECNICAS DE EQUIPO	2
9	INFORMES DE PROCESO USUARIOS	4
10	INFORMES DE DERIVACIÓN DE USUARIOS	1
11	REGISTRO EN FICHAS CLINICAS	9 FICHAS
12	COORDINACION CON IP IRC	3
13	COORDINACION CON INSTITUCIÓN EXTERNA, ACTIVIDAD CINE CLUB	2
14	ENTREVISTAS DE PREINGRESO AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO	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 Programa. 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:

V. B. I. A. M. S.

Karen Santiago Anzoátegui
DIRECTORA TÉCNICA
PAI RSH CIP-CRC

FIRMA	_____
FECHA INFORME	18-02-2024

Firma Prestador de Servicios	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre:	Nombre:

