

 CORPORACION MUNICIPAL La Serena	INFORME MENSUAL DE GESTION PAB RSH/ PAI ATHTRIPAN COD. 244
--	---

Establecimiento	PAB RSH/ CESFAM
Nombre	Sofía Jorquera Toro
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas	21 hrs (10 días)
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Periodo de informe (mes)	Enero 2024

MONTO BOLETA	\$77.000
--------------	----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	22-01-2024	31-01-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Evaluaciones iniciales efectuadas - Trabajadora social	0
2	Control social efectuados- Trabajadora social	7
3	Control salud mental- Trabajadora social	2
4	Control salud mental-Terapeuta ocupacional	0
5	Control salud mental- Médico	0
6	Control salud mental- Psicóloga	0
7	Intervención psicosocial grupal- Dupla psicosocial To y Ps	0
8	Ingresos/Egresos a Programa PAB- Médico	0
9	Visita domiciliaria integral y/o rescate – Trabajadora social	6
10	Rescates telefónicos efectivos	13

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:

Cobro de manera retroactiva por haber iniciado labores posteriores al periodo de entrega de boletas (22-01-2024).

FIRMA	
FECHA INFORME	18-01-2024

Firma Coordinador/ Director Cesfam	Timbre y Firma Coordinador/a Comunal Programa
Nombre:	Nombre:

