

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**



Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	KATHERINE ANDREA BALBOA ALVARADO
RUT	
Programa	PROGRAMA ACOMPAÑAMINETO APS
Profesión	ASISTENTE SOCIAL
Fecha de informe	MARZO 2024

Numero de Boleta	242
Monto Boleta	\$480.000

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	04 DE MARZO 2024	15 DE MARZO 2024

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

Mediante el Presente ago llegar los días del Mes de Marzo, que realice prestación de servicios a honorarios a dicho Programa, los motivos del atraso son personales. Se hace referencia al Mes de marzo del año del curso.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: <i>Rolando Castro</i> RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo: RUT:



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION
--------------------------------------	-----------------------------------

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	KATHERINE ANDREA BALBOA ALVARADO
RUT	
Programa	PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO APS
Profesión	ASISTENTE SOCIAL
Horas trabajadas semanales	44 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia (consignar fechas del periodo)	0
Fecha Informe	MARZO 2024

MONTO BOLETA	480.000
--------------	---------


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 04 DE MARZO 2024	HASTA: día - mes- año 15 DE MARZO 2024
--------------------	---	---

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Reunión equipo de especialidad u otro establecimiento distinto del que se prestan funciones. Se aborda la situación de un usuario/a		
2	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a	16	
3	Reuniones con organizaciones comunitarias (organizaciones territoriales o funcionales), que cuenten o no con personalidad jurídica vigente. No contabilizar reuniones con instituciones en esta sección		
4	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	18	
5	Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)		
6	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)	60	
7	Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días):		
8	Evaluaciones participativas del plan de acompañamiento (junto a la familia, previa		

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		
10	Consultorías (cuando corresponda analizar situación de usuario/a del Programa de Acompañamiento)		
11	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc. (Adjuntar verificador)		
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)		
14	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)		
15	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador)		
16	Capacitaciones, reuniones comunales para monitorear funcionamiento del convenio, supervisiones, etc. (Adjuntar convocatoria)		

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>Nombre Completo: <i>Katherine Falboa A.</i></p> <p>RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: <i>Priscilla Carrillo M.</i></p> <p>RUT: _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: _____</p> <p>RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: _____</p> <p>RUT: _____</p>



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 239 PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO, LA SERENA
Nombre Completo	Katherine Andrea Balboa Alvarado
RUT	
Programa	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	Asistente Social
Horas trabajadas semanales	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	Marzo

MONTO BOLETA	480.000
--------------	----------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	04 de Marzo 2024	15 de Marzo 2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Asistente Social	18, Visitas domiciliaria 60, Llamados telefónicos 16, Reuniones de intersector Reuniones Comunitarias	-12 días de prestación de servicios a Honorarios en Programa Acompañamiento APS -Profesional participo de Reunión de Lineamientos técnicos el Edificio comunal el día 04 de Marzo, con Coordinadora del Programa. -Profesional participo en reuniones de sector del establecimiento CESFAM CARDENAL CARO. -Profesional participo en reuniones técnicas con profesionales del área de

		salud mental del CESFAM Cardenal Caro.
--	--	---

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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: Katherine Falson RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Catalina Corralo M. RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>