



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

Establecimiento	CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez
Nombre Completo	Evelyn Lorena Bravo Pérez
RUT	
Programa	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	Licenciada en Trabajo Social
Horas trabajadas semanales	44 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	1 día de feriado legal
Días licencia (consignar fechas del período)	0
Fecha Informe	18/06/2024


MONTO BOLETA	<b>\$1.200.000</b>
--------------	--------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>01-06-2024</b>		<b>30-06-2024</b>

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

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	4	Reuniones con entidades escolares básicas y media.
3	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>	4	Participación en reuniones con GAM.
4	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	26	Seguimiento domiciliario del caso.
5	Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)		
6	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)		
7	Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días):	5	Nuevos usuarios.
8	Evaluaciones participativas del plan de acompañamiento (junto a la familia, previa al cierre del proceso de acompañamiento):		

**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><b>Nombre Completo:</b> Evelyn Lorena Bravo Pérez. <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre:</b> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>