

<b>I.</b> <b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN 243</b> <b>REFUERZO SALUD MENTAL</b>
------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Establecimiento	SAR CARO
Nombre Completo	BORIS JOAQUIN CORREA CASAS
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	PSICÓLOGO ✓
Horas trabajadas semanales	6 horas trabajadas ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 JUNIO 2024 ✓



MONTO BOLETA	<b>\$54.360</b>
--------------	-----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 05 - 2024	HASTA: 20 - 06 - 2024 ✓
--------------------	-----------------------	-------------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>Pesquisa necesidades Salud Mental en Sala de Espera SAR</b>	2	
2	<b>Pesquisa vulneraciones en sala de espera SAR</b>		
3	<b>Seguimiento por llamada telefónica</b>		
4	<b>Primer Apoyo Psicológico/ Intervención en crisis</b>	2	
5	<b>Intervención Psicosocial con Familiares</b>		
6	<b>Acompañamiento Psicosocial</b>		
7	<b>Informe tribunal de familia</b>		
8	<b>Psicoeducación</b>		

**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><b>Nombre Completo:</b> Boris Joaquin Correa Casas. <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre:</b>  CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA <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>