



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	VALENTINA BELEN PONCE CASTILLO
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	PSICOLOGA
Horas trabajadas semanales	NO APLICA (5 TURNOS,15 HORAS)
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	18/06/2024 ✓

MONTO BOLETA	<b>135.900</b> ✓
--------------	------------------



PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>20/05/2024</b> ✓	HASTA: día - mes- año <b>21/06/2024</b> ✓
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>PSICOEDUACION</b>	<b>6</b>	
<b>2</b>	<b>Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR</b>	<b>3</b>	
<b>3</b>	<b>Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos</b>	<b>1</b>	
<b>4</b>	<b>Acompañamiento psicosocial</b>	<b>5</b>	
<b>5</b>	<b>Primer apoyo psicológico e intervención en crisis</b>	<b>3</b>	
<b>6</b>	<b>OTROS</b>	<b>1</b>	
<b>7</b>	<b>Intervenciones psicosociales con familiares</b>	<b>1</b>	
<b>8</b>			
<b>9</b>			

10			
11			
12			

**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 style="text-align: center;">✓</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: VALENTINA BELEN PONCE CASTILLO</b> <b>RUT</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>  <p>CATALINA CASTILLO MIRANDA <b>DIRECCIÓN</b> CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA</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>