



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

Establecimiento	Cesfam Juan Pablo II
Nombre Completo	Susana Belinda Vera Quijada
RUT	
Programa	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	Trabajadora Comunitaria en Salud Mental
Horas trabajadas semanales	33 Horas
Días permiso administrativo o vacaciones	21 de Junio 2024 (1/2 día Permiso Administrativo).
Días licencia (consignar fechas del periodo)	-
Fecha Informe	18 Julio 2024.


MONTO BOLETA	\$480.000
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	19/06/2024	18/07/2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Reuniones con organizaciones comunitarias (organizaciones territoriales o funcionales), que cuenten o no con personalidad jurídica vigente.	10	
2	Contacto telefónico (llamadas/mensajería)	154	TS realiza escaneo y sube documentación a AVIS.
3	Visitas Domiciliarias	26	TS evoluciona en Avis y aplica los instrumentos.
4	Ingresos efectivos de familias incorporadas al Programa de Acompañamiento Psicosocial.	6	
N°	Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud	N° de Actividades	Observaciones
5	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc.(Adjuntar verificador)	7	
6	Gestión de horas en SOMES correspondientes.	9	
7	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.)	3	

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: Susana Vera Quijada RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz 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>