



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

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	PERLA PATRICIA ARDILES CARVAJAL
RUT	
Programa	PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL
Profesión	TRABAJADORA COMUNITARIA
Horas trabajadas semanales	33 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	4 Feriados legal
Días licencia (consignar fechas del periodo)	0
Fecha Informe	18 DE JULIO DEL 2024

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

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01 DE JULIO DE 2024	HASTA: día - mes- año 31 DE JULIO DE 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	19	
2	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a	NO APLICA	
3	Reuniones con organizaciones comunitarias (organizaciones territoriales o funcionales), que cuenten o no con personalidad jurídica vigente.	19	
4	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	33	
5	Visitas domiciliarias (rural) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	1	
6	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)	152	
7	Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días):	NO APLICA	
8	Evaluaciones participativas del plan de acompañamiento (junto a la familia, previa al cierre del proceso de acompañamiento):	8	

N°	Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud	N° de Actividades	Observaciones
9	Gestión de horas para usuarios	3	
10	Consultorías (cuando corresponda analizar situación de usuario/a del Programa de Acompañamiento)	0	
11	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc.(Adjuntar verificador)	3	
12	Reunión de análisis de situación de familias (Adjuntar verificador)	22	
13	Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)	12	
14	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)	2	
15	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador)	3	
16	Capacitaciones, reuniones comunales para monitorear funcionamiento del convenio, supervisiones, etc. (Adjuntar convocatoria)	0	

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.

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

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: _____ RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____