



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

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	KHANDA I PÉREZ DÍAZ
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	18.07.2024 ✓

MONTO BOLETA	<b>135900</b> ✓
--------------	-----------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>21.06.2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>20.07.2024</b> ✓
--------------------	--	--

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

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	<b>PSICOEDUCACIÓN</b>	<b>04</b>	
2	<b>ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL</b>	<b>03</b>	
3	<b>SEGUIMIENTO</b>	<b>01</b>	<b>TELEFÓNICO</b>
4	<b>PRIMER APOYO PSICOLOGICO E INTERVENCION EN CRISIS</b>	<b>08</b>	
6	<b>REVISION DE FICHA CLINICA AVIS</b>	<b>16</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> Khanda I Pérez Díaz <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Francisca Valdesmita A. <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>