

| | |
|--------------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.201 SUELDO GENERAL |
|--------------------------------------|--|

| | |
|--|-----------------------------|
| Establecimiento | CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER |
| Nombre Completo | JUAN PABLO MARTÍNEZ RAMÍREZ |
| RUT | |
| Programa | SALUD MENTAL |
| Profesión | PSICÓLOGO |
| Horas trabajadas semanales | 22 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia | |
| Fecha Informe | 18-07-2024 |

| | |
|------------------|---------|
| NÚMERO DE BOLETA | 87 |
| MONTO BOLETA | 689.418 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 19 - 06 - 2024 | HASTA: 18 - 07 - 2024 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1 | Visita domiciliaria integral | 20 |
| 2 | Control salud mental | |
| 3 | Rescate telefónico | |
| 4 | Consulta salud mental | 20 |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | Otras (especificar las acciones) | |

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 prestaciones (autor de las prestaciones o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCIÓN |
| Nombre Completo: Juan Pablo Martínez Ramírez | Nombre Completo: Fabián Jamet Rivera Subdirector Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena |
| RUT: | RUT: |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
|--------------------------------------|------------------------------------|