

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

Establecimiento	SAR RSH
Nombre Completo	EVELYN LORENA BRAVO PÉREZ
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
Horas trabajadas semanales	24 horas trabajadas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 JULIO 2024


MONTO BOLETA	<b>\$217.440</b>
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 06 - 2024	HASTA: 20 - 07 - 2024
--------------------	-----------------------	-----------------------

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

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Pesquisa necesidades Salud Mental en Sala de Espera SAR	14	
2	Pesquisa vulneraciones en sala de espera SAR		
3	Seguimiento por llamada telefónica	2	Usuarios con IAE e Solicitud de Ingreso a PSMI
4	Primer Apoyo Psicológico/ Intervención en crisis	5	
5	Intervención Psicosocial con Familiares	2	
6	Acompañamiento Psicosocial	7	
7	Informe tribunal de familia		
8	Otros		

**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> Evelyn Lorena Bravo Pérez. <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre:</b> Carolina Puga Pichuanche Enfermera <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>