



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION ATENCIÓN DOMICILIARIA |
|--------------------------------------|---|

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | Edificio Comunal de Salud |
| Nombre Completo | Camila Constanza Alfaro Cortés |
| RUN | |
| Programa | Atención Domiciliaria |
| Profesión | Psicóloga |
| Horas trabajadas semanales | 22 hrs. |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 2 días de vacaciones. |
| Días licencia | 0 días. |
| Fecha Informe | 18-09-2024 |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$689.418 - Boleta N°: 28 |
|-------------------|---------------------------|

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-09-2024 | HASTA: 30-09-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|----------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | Visitas domiciliarias | 27 | |
| 2 | Consulta Psicológica | 28 | |
| 3 | Rescate telefónico | 0 | |
| 4 | Seguimiento telefónico | 16 | |
| 5 | Rescate domiciliario | 0 | |
| 7 | Consejerías familiares | 2 | |
| 10 | Otros (operativos comunitarios). | 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 | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
|------------------------------------|----------------------------------|

| | |
|---|--|
| prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | <u>NO APLICA</u> |
| Nombre Completo: Camila Constanza Alfaro Cortés RUN: | Nombre Completo: RUT: |

| | |
|---|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
|  <p>Nombre Completo: RUT:</p> |  <p>Nombre Completo: RUT:</p> |