



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 208 PRAPS MEJOR NIÑEZ
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	PATRICIO OMAR ESPEJO ORTIZ
RUT	-----
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	PSICÓLOGO
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	NOVIEMBRE

MONTO BOLETA	1.378.836
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-11-2024	30-11-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	CONTROL SALUD MENTAL	6	
3	CONTROL SALUD MENTAL REMOTA	41	
6	ASISTENCIA A CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL	1	
7	ACCIÓN REMOTA SALUD MENTAL	1	
10	REUNIÓN PRAPS SPE/SRJ CON SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	1	
11	ANALISIS DE CASO DISP PROTECCIONAL LIBERTAD ASISTIDA ESPECIALIZADA	1	
12	ANALISIS DE CASO DISP PROTECCIONAL PIE RIGOBERTA MENCHÚ	1	

13	ANÁLISIS DE CASO DISP PROTECCIONAL FAE PRO ADRA	1	
15	ANÁLISIS DE CASO LAE IP (SEMICERRADO)	1	
20	COORDINACIÓN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	2	
23	GESTIÓN CONTROLES MÉDICOS URGENCIA	2	
24	GESTIÓN DE EXTENSIÓN DE RECETAS: CÍAS, RSH, JP II	2	
25	ELABORACIÓN DE REM OCTUBRE Y NOVIEMBRE	3	
26	REVISIÓN DE CORREO INSTITUCIONAL	A DIARIO	
27	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE RUTIFICADOR SPE/SRJ	1	
28	REUNIÓN LOCAL PRAPS SPE	1	
29	ELABORACIÓN DE AGENDA DICIEMBRE	1	
31	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN ENTRENAMIENTO IPG	3	

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 <u>NO APLICA</u>
Nombre Completo: PATRICIO OMAR ESPEJO ORTIZ RUT: _____	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma jefe Dpto. de Salud 
--------------------------------------	--



Nombre Completo: RUT:	Alejandra Gottlieb C Psicóloga	Nombre Completo: RUT:
--	---	--



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 208 PRAPS MEJOR NIÑEZ
--	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	PATRICIO OMAR ESPEJO ORTIZ
RUT	
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	PSICÓLOGO
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	OCTUBRE

MONTO BOLETA	1.378.836
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	19-10-2024	31-10-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	CONSULTA SALUD MENTAL	2	
3	CONTROL SALUD MENTAL REMOTA	26	
6	ASISTENCIA A CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL ADULTOS (RSH)	2	
7	ACCIÓN REMOTA SALUD MENTAL	2	
10	ANALISIS DE CASO DISP PROTECCIONAL LIBERTAD ASISTIDA SIMPLE	1	
11	ANALISIS DE CASO DISP PROTECCIONAL LIBERTAD ASISTIDA ESPECIALIZADA	2	
12	ANALISIS DE CASO DISP PROTECCIONAL PIE RIGOBERTA	1	

	MENCHÚ		
13	ANÁLISIS DE CASO DISP PROTECCIONAL FAE PRO ADRA	1	
15	ANÁLISIS DE CASO LAE IP (SEMICERRADO)	1	
20	COORDINACIÓN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	2	
23	GESTIÓN CONTROLES MÉDICOS URGENCIA	2	
24	GESTIÓN DE EXTENSIÓN DE RECETAS: CÍAS, RSH, JP II	2	
25	ELABORACIÓN PCI	2	
26	REVISIÓN DE CORREO INSTITUCIONAL	A DIARIO	
27	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE RUTIFICADOR SPE/SRJ	1	
28	REUNIÓN LOCAL PRAPS SPE	1	
29	GESTIÓN DE ESPACIO DE TALLER JUNTO A ESPACIOS AMIGABLES	1	
31	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN REMOTA "CONDUCTA SUICIDA" SEREMI DE SALUD – ENCARGADA DE SEGUIMIENTO LOCAL CESA	1	

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 <u>NO APLICA</u>
Nombre Completo: PATRICIO OMAR ESPEJO ORTIZ RUT _____	Nombre Completo: RUT:
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

	
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:

Alejandra Gottlieb C
Psicóloga