



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

Establecimiento	Edificio Comunal
Nombre Completo	Lizbeth Andrea Yanca Campos
RUT	
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO BOLETA	1.240.952
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	04-03-2024	31-03-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	REUNIÓN PRESENCIAL PRESENTACIÓN DE EQUIPO	3	07/03 RESIDENCIA HATARY 07/03 RESIDENCIA RIMANAKUY 08/03 PIE RIGOBERTA MENCHU
2	REUNIÓN REMOTA PRESENTACIÓN DE EQUIPO	7	07/03 PPF ARBOL DE VIDA 08/03 FAE PRO LA SERENA 11/03 DCE LUCUMILLO 11/03 PEE

			12/03 OLN 12/03 PRM LA SERENA CREA EQUIDAD 12/03 IP-IRC 13/03 LAS -LAES
3	REUNIÓN CAPACITACIÓN EQUIPO GESTIÓN Y CONTROL DE AGENDA	1	INDUCCION AVIS/REM ANA MARIA RAMIREZ; VINKA ZUVIC
4	INDUCCIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE SEGURIDAD PRESENCIAL (IP IRC)	1	ENFERMERA - JEFE TÉCNICO
5	REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN AÑO 2023	1	FICHAS CLÍNICAS
6	INVENTARIO	4	CAJAS CON MATERIAL PARA INTERVENCIÓN
7	LLAMADOS DE COORDINACIÓN OCAS	10	COORDINACIÓN

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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: Lizbeth Andrea Yanca Campos. RUT:	Nombre Completo: RUT:

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> <p>CORP. MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA</p> <p>COORDINADOR DPTO. SALUD ALEJANDRA GOTTLIEB CARVAL</p> <p><i>Alejandra Gottlieb</i></p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: <i>Alejandra Gottlieb</i></p> <p>RUT:</p>	<p>Nombre Completo:</p> <p>RUT:</p>