



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CONVENIO ESPACIOS AMIGABLES)</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	Edificio Comunal
Nombre Completo	Valentina Ponce Castillo
RUT	
Programa	ESPACIOS AMIGABLES
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas semanales	33 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia	NA
Fecha Informe	18 DE MARZO 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>BOLETA N°26 , MONTO BRUTO: 932.760</b>
-------------------	---


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-03-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-03-2024</b>
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>CONTROL ADOLESCENTE</b>		
2	<b>TALER GRUPAL</b>	<b>8</b>	<b>Dos talleres de prevención del Bullying en contextos escolares (colegio Japón) Un taller de autocuidado y manejo del estrés y ansiedad (colegio Japón)</b>
3	<b>CONSEJERIA INDIVIDUAL</b>		
4	<b>CONSEJERIA FAMILIAR</b>		
5	<b>EDUCACION A PROFESIONALES EDUCACION</b>		
6	<b>OTRO</b>		
7	<b>REM</b>		
8	<b>PLANIFICACIÓN</b>	<b>11</b>	<b>-Reuniones de planificación con 3 colegios de la región</b>

			(Javiera carrera, colegio Japón y liceo Gabriela mistral) - Reuniones con los coordinadores del programa espacios amigables
9	<b>ELABORACION DE MATERIAL EDUCTIVO</b>	18	Elaboración de material audiovisual y material educativo para entregar a los adolescentes
10			

**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  <u>NO APLICA</u>
<b>Nombre Completo: Valentina belén Ponce castillo</b> RUT:	<b>Nombre Completo:</b> RUT:
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
<b>Nombre Completo:</b> RUT:	<b>Nombre Completo:</b> RUT: