



Informe de Actividades

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | Edificio Comunal |
| Nombre Completo | Francisca Nataly Ortiz Peralta |
| RUT | |
| Programa | PRAPS MEJOR NIÑEZ |
| Profesión | PSICÓLOGA |
| Horas trabajadas semanales | 44 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA |
| Días licencia | NO APLICA |
| 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 |

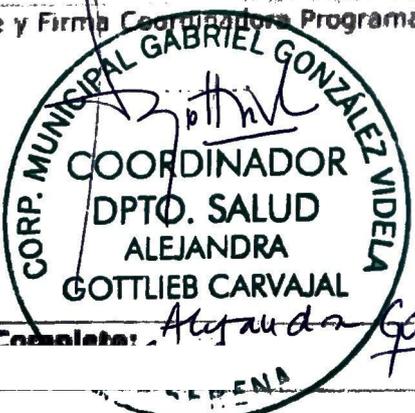
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | Funciones realizadas durante el período | Nº de Actividades | Actividades |
|----|---|-------------------|--|
| 1 | REUNION PRESENCIAL PRESENTACION DE EQUIPO | 3 | 07/03 RESIDENCIA NATARY 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 | INDUCCIÓN AVIS/PEM ANA MARIA RAMIREZ, VINYA 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 |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |

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 |
| Nombre Completo: Francisca Nataly Ortiz Peralta RUT: | Nombre Completo: RUT: |

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