



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 208 PRAPS MEJOR NIÑEZ</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	SOFÍA MICHELLE TAPIA VELÁSQUEZ
RUT	
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	1 DÍA DE VACACIONES 1 ADMINISTRATIVO (AUTORIZADO)
Días licencia	
Fecha Informe	18-04-2024

MONTO BOLETA	<b>1.378.836</b>
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-04-2024 hasta</b>	<b>30-04-2024</b>

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

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>CONTROL SALUD MENTAL</b>	<b>37</b>	
<b>2</b>	<b>RESCATE TELEFÓNICO A PACIENTES INASISTENTES</b>	<b>69</b>	
<b>3</b>	<b>COORDINACIÓN OCAS</b>	<b>7</b>	
<b>4</b>	<b>ASISTENCIA A REUNIÓN SALUD MENTAL</b>	<b>2</b>	
<b>5</b>	<b>REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN AÑO 2023</b>	<b>1</b>	
<b>6</b>	<b>COORDINACIÓN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES</b>	<b>4</b>	
<b>7</b>	<b>LLAMADOS DE COORDINACIÓN OCAS</b>	<b>5</b>	
<b>8</b>	<b>GESTIÓN DE CONTROLES MÉDICOS</b>	<b>16</b>	
<b>9</b>	<b>GESTIÓN DE CONTROLES MATRONA</b>	<b>6</b>	

<b>10</b>	<b>GESTIÓN DE CONTROLES PSICOLÓGICOS</b>	<b>11</b>	
<b>11</b>			
<b>12</b>			

**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>
<b>Nombre Completo: SOFÍA MICHELLE TAPIA VELÁSQUEZ</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa  	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo: Alejandra Gottlieb C.</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>