

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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	KHANDA I. PÉREZ DÍAZ.
RUT	
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	PSICÓLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	1 DÍA (14.05.2024)
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	18-05-2024

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

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-05-2024</b>	<b>31-05-2024</b>

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>CONTROL DE SALUD MENTAL</b>	<b>64</b>	
<b>2</b>	<b>INFORMES</b>	<b>7</b>	
<b>3</b>	<b>RESCATE TELEFONICO/ACCION REMOTA</b>	<b>26</b>	
<b>4</b>	<b>ADMINISTRACION DE CONVENIO</b>	<b>11 HRS</b>	
<b>5</b>	<b>INGRESOS MULTIDISCIPLINARIOS</b>	<b>5</b>	
<b>6</b>	<b>BLOQUEO POR CONSULTORIA</b>	<b>1</b>	
<b>7</b>	<b>INTERSECTOR</b>	<b>6</b>	PRESENCIALES Y/O REMOTOS

**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:</b> Khanda I Pérez Díaz. <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:</b> <b>RUT:</b>  <b>Alejandra Gottlieb C</b> Psicóloga	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>