



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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL DE SALUD
Nombre Completo	PATRICIO OMAR ESPEJO ORTIZ
RUT	
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	PSICÓLOGO
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
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>

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

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
	<b>CONTROLES DE SM</b>	<b>26</b>	
	<b>ACCIONES REMOTAS TELEFONICAS</b>	<b>22</b>	
	<b>ASISTENCIA REUNIONES EQUIPOS SM LOCALES</b>	<b>1</b>	
	<b>ASISTENCIA PRESENTACIÓN CENTROS DE SALUD PROCESO DE INDUCCIÓN</b>	<b>3</b>	
	<b>INDUCCIÓN EN IP-IRS</b>	<b>1</b>	
	<b>REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN AÑO 2023</b>	<b>1</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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM  <b>NO APLICA</b>
<b>Nombre Completo:</b> Patricio Omar Espejo Ortiz. <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> Alejandra Gottlieb C Psicóloga <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>