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

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	1 día permiso administrativo (autorizado)
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	18-08-2024

MONTO BOLETA	**1.378.836**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	19-07-2024	**18-08-2024**

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	**CONTROLES DE SM**	**75**	
2	**ACCIONES REMOTAS TELEFÓNICAS**	**21**	
3	**ASISTENCIA REUNIONES EQUIPOS SM LOCALES**	**1**	
4	**ELABORACIÓN INFORME DE CORTE PRIMER SEMESTRE CONVENIO PRAPS SPE/SRJ**	**1**	
5	**REUNIÓN LOCAL PRAPS SPE**	**1**	
6	**ANÁLISIS DE CASO IP-IRC**	**3**	
7	**ELABORACIÓN MODELO DE AGENDA MENSUAL SEPTIEMBRE**	**1**	
8	**ANÁLISIS DE CASO CON PIE RIGOBERTA MENCHÚ**	**1**	
9	**ANÁLISIS DE CASO CON PRM LA PORTADA**	**1**	
10	**ANÁLISIS DE CASO CON PRM IERUBA**	**1**	

11	**ANÁLISIS DE CASO CON ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL**	**1**	
12	**ELABORACIÓN REM MENSUAL AGOSTO**	**3**	
13	**ACCIÓN REMOTA VÍA MAIL (PLATAFORMA ZIMBRA)**	**A DIARIO**	

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 NO APLICA
Nombre Completo: Patricio Omar Espejo Ortiz. **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: Alejandra Gottlieb C Psicóloga **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**

CORP. MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA
COORDINADOR
DPTO. SALUD
ALEJANDRA
GOTTLIEB CARVAJAL
LA SERENA