



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

Establecimiento	Edificio Comunal
Nombre Completo	Javiera Natalia Medina Zamora
RUT	
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	44 Hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	No aplica
Días licencia	No aplica
Fecha Informe	18 de agosto del 2024

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

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>19/07/2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>18/08/2024</b>
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>Control salud mental</b>	<b>53</b>	
<b>2</b>	<b>Gestión de horas médicas</b>	<b>6</b>	
<b>3</b>	<b>Análisis de caso con dispositivos red SNPE</b>	<b>11</b>	
<b>4</b>	<b>Acciones remotas</b>	<b>53</b>	
<b>5</b>	<b>Asistencia a reuniones locales PSMI</b>	<b>1</b>	
<b>6</b>	<b>Elaboración REM julio-agosto</b>	<b>4</b>	
<b>8</b>	<b>Acción remota correo electrónico (Plataforma Zimbra)</b>	<b>12</b>	
<b>9</b>	<b>Coordinación con PACOM</b>	<b>2</b>	
<b>10</b>	<b>Coordinación con establecimiento educacional</b>	<b>2</b>	
<b>11</b>	<b>Recepción formularios de derivación</b>	<b>16</b>	

12	Reunión local PRAPS		
13	Derivación a PSMI	1	
14	Gestión horas de ingreso a PRAPS	2	
15	Coordinación con Registro Social de Hogares	10	
		1	

**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: Javiera Natalia Medina Zamora</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>Psicóloga</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>