



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CONVENIO ESPACIOS AMIGABLES)
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	VALENTINA PONCE CASTILLO
RUT	
Programa	ESPACIOS AMIGABLES
Profesión	PSICÓLOGA
Horas trabajadas semanales	33 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia	15
Fecha Informe	20 DE AGOSTO 2024

MONTO Y N° BOLETA	BOLETA N°37, MONTO BRUTO: 466.380
-------------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-08-2024	HASTA: día - mes- año 31-08-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	CONTROL SALUD MENTAL	24	Se realiza ingreso a control de salud de salud mental en CESFAM y en Edificio comunal para ingresar a programa de salud mental y recibir el acompañamiento psicológico requerido.
2	TALLER GRUPAL	3	Se realiza taller de formación de monitores y taller de habilidades parentales
3	CONSEJERIA INDIVIDUAL	7	
4	CONSULTA DE SALUD MENTAL	21	Se realizan consultas de salud mental en establecimientos educacionales.

5	EDUCACION A PROFESIONALES EDUCACION	0	
6	ACTIVIDADES COMUNITARIAS		
7	REM	1	
8	PLANIFICACIÓN	1	Se realiza reunión con coordinadores y jefaturas de programa Espacios Amigables.
9	ELABORACION DE MATERIAL EDUCACTIVO	4	Se elabora material para ferias y

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>
Nombre Completo: VALENTINA PONCE CASTILLO RUT: _____	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: