



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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	KHANDA I PÉREZ DIAZ
RUT	
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	PSICOLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	SEPTIEMBRE

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

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-09-2024</b>	<b>30-09-2024</b>

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

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	CONSULTA SALUD MENTAL	55	
2	OFICIO DE INSUMO A CAUSA TRIBUNAL DE FAMILIA	1	
3	ACCIÓN REMOTA SALUD MENTAL	20	
4	ACCIÓN REMOTA MENSAJERIA SM	2	
5	INGRESOS CASOS RESIDENCIA REM PER ESPERANZA	15	
6	COORDINACIÓN TELEFONICA RESIDENCIA HATARY	6	
7	ASISTENCIA A REUNIÓN SALUD MENTAL: CARO	1	
8	REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN AÑO 2023	1	

9	REVISIÓN DE CORREO INSTITUCIONAL	A DIARIO	
10	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE RUTIFICADOR SPE/SRJ	1	
11	REUNIÓN LOCAL PRAPS SPE	1	
12	ASISTENCIA A REUNIÓN DE MESA DE TRABAJO APS, REPRESENTANTES SPE Y RSJ	1	
13	PRESENTACION CASO CONSULTORIA	1	
14	REVISION Y ENVIO DE AGENDA DE PROFESIONALES PRAPS	5	
15	COORDINACIÓN CASO CON SS.CC	1	
16	ANALISIS DE CASOS RESIDENCIA REM PER GAMI	13	
17	ELABORACION REM MENSUAL (PAC-CESA-CARO)	3	
18	COMPILACION Y ENVIO DE REM MENSUAL EQUIPO PRAPS PSICOLOGO/T.SOCIAL/KINESIOLOGO (CESA-PAC-CARO-JPII-RSH-CIAS)	6	

**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: KHANDA ILLSE PÉREZ DIAZ</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
--------------------------------------	------------------------------------

Alejandra Gottlieb C  
Psicóloga

