



<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	medio día permiso administrativo (autorizado) 1 día de vacaciones (autorizado)
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	<b>CONTROLES DE SM</b>	<b>81</b>	
2	<b>ACCIONES REMOTAS TELEFÓNICAS</b>	<b>15</b>	
3	<b>ASISTENCIA REUNIONES EQUIPOS SM LOCALES</b>	<b>1</b>	
4	<b>PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDAD DE PROMOCIÓN DE DIA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</b>	<b>1</b>	CESFAM CÍAS
5	<b>REUNIÓN LOCAL PRAPS SPE</b>	<b>1</b>	
6	<b>ANÁLISIS DE CASO IP-IRC</b>	<b>5</b>	
7	<b>ELABORACIÓN MODELO DE AGENDA MENSUAL OCTUBRE</b>	<b>1</b>	
8	<b>ANÁLISIS DE CASO CON PIE RIGOBERTA MENCHÚ</b>	<b>2</b>	
9	<b>ANÁLISIS DE CASO CON PRM LA PORTADA</b>	<b>2</b>	
10	<b>ANÁLISIS DE CASO CON FAE PRO ADRA</b>	<b>3</b>	
11	<b>ANÁLISIS DE CASO CON</b>	<b>1</b>	

	<b>ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL</b>		
<b>12</b>	<b>ELABORACIÓN REM MENSUAL SEPTIEMBRE</b>	<b>3</b>	
<b>13</b>	<b>ACCIÓN REMOTA VÍA MAIL (PLATAFORMA ZIMBRA)</b>	<b>A DIARIO</b>	
<b>14</b>	<b>PARTICIPACIÓN EN CONSULTORÍA PSIQUIÁTRICA</b>	<b>1</b>	CESFAM CÍAS INFANTO-JUVENIL

**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: Patricio Omar Espejo Ortiz.</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:</b> <b>RUT:</b> <i>Alejandra Gottlieb C</i> Psicóloga	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>