



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	NA
Fecha Informe	23 DE SEPTIEMBRE 2024

MONTO Y N° BOLETA	BOLETA N°38, MONTO BRUTO: 932.760
-------------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-09-2024	HASTA: día - mes- año 30-09-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL SALUD MENTAL	30	Se realiza ingreso a control de salud de salud mental en CESFAM en horario extensión y en Edificio comunal para ingresar a programa de salud mental y recibir el acompañamiento psicológico requerido.
2	TALLER GRUPAL	1	Se realiza taller de habilidades parentales
3	CONSEJERIA INDIVIDUAL		
4	CONSULTA DE SALUD MENTAL	25	Se realizan consultas de salud mental en establecimientos educacionales.
5	EDUCACION A PROFESIONALES	0	

	EDUCACION		
6	ACTIVIDADES COMUNITARIAS	2	Conversatorio en relación a la prevención del suicidio en colegio alfalfares de la serena. Feria rural, mes del corazón en colegio las rojas
7	REM	1	
8	PLANIFICACIÓN	3	Se realiza reunión con coordinadores y jefaturas de programa Espacios Amigables.
9	ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO	10	Se elabora material para ferias, actividades comunitarias y talleres

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
---	------------------------------------

Patricia Romero.

Nombre Completo:
RUT:

Nombre Completo:
RUT: