



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	1
Días licencia	NA
Fecha Informe	20 DE OCTUBRE 2024

MONTO Y N° BOLETA	BOLETA N°39, MONTO BRUTO: 932.760
-------------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-10-2024	HASTA: día - mes- año 31-10-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL SALUD MENTAL	27	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 prevención del suicidio en fundación ciudad del niño
3	CONSEJERIA INDIVIDUAL		
4	CONSULTA DE SALUD MENTAL	50	Se realizan consultas de salud mental en establecimientos educacionales.

5	EDUCACION A PROFESIONALES EDUCACION	0	
6	ACTIVIDADES COMUNITARIAS	3	Operativos ficha claps
7	REM	1	
8	PLANIFICACIÓN	1	Se realiza reunión con coordinadores de programa Espacios Amigables.
9	ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO	20	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 NO APLICA
Nombre Completo: VALENTINA PONCE CASTILLO RUT: :	Nombre Completo: RUT:

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