



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 208 PRAPS MEJOR NIÑEZ
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	KHANDA ILLSE PÉREZ DÍAZ
RUT	
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	PSICOLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	03
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	30.11.2024

MONTO BOLETA	1.378.836
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-11-2024	30-11-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
01	CONTROL SALUD MENTAL	13	
02	OFICIO DE INSUMO A CAUSA TRIBUNAL DE FAMILIA	04	
03	INFORME DE PRESTACIONES	02	
04	ACCIÓN REMOTA SM TELEFONICA	14	
05	ACCIÓN REMOTA SM MENSAJERIA	05	
07	GESTIÓN CONTROLES MÉDICOS URGENCIA	04	
08	REVISIÓN DE CORREO INSTITUCIONAL	A DIARIO	
09	REUNIÓN LOCAL PRAPS SPE	01	
10	COORDINACIÓN CON ENCARGADOS LOCALES CESA-CARO-PAC	03	
11	ADMINISTRACION DE CONVENIO (11 HORAS SEMANALES)	A DIARIO	

12	COORDINACION CON ENCARGADA DESAM/COORDINADORA	A DIARIO	
13	ELABORACION REM MENSUAL (CARO-CESA- PAC)	03	
14	REVISION Y COMPILACION REM EQUIPO PRAPS (PAC-CESA-CARO-RSH-JPII CIAS)	06	
15	ELABORACION AGENDA MES DE DICIEMBRE	01	
16	REVISION, COMPILACION Y ENVIO DE AGENDA MES DE DICIEMBRE EQUIPO PRAPS SPE/RSJ	05	
17	ASISTENCIA A REUNION PRAPS LA SERENA Y SS.CC (TODO EL DÍA)	01	
18	CAPACITACION IPG (26,27 Y 28 DE NOV)	03	
19	COORDINACION CON CURADURIAS AD LITEM	09	
20	COORDINACION MEDICO PSIQ	02	
21	COORDINACION TS HLS	02	

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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM <u>NO APLICA</u>
Nombre Completo: Khanda I. Pérez Díaz RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: RUT: <u>Alejandra Gottlieb C</u> Psicóloga	Nombre Completo: RUT:



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 208 PRAPS MEJOR NIÑEZ
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	KHANDA ILLSE PÉREZ DÍAZ
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	OCTUBRE

MONTO BOLETA	1.378.836
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	19-10-2024	31-10-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
01	CONTROL SALUD MENTAL	03	
02	OFICIO DE INSUMO A CAUSA TRIBUNAL DE FAMILIA	02	
03	INFORME DE PRESTACIONES	02	
04	ACCIÓN REMOTA SM TELEFONICA	12	
05	ACCIÓN REMOTA SM MENSAJERIA	02	
06	COORDINACIÓN RESIDENCIA ESPERANZA	05	
07	GESTIÓN CONTROLES MÉDICOS URGENCIA	05	
08	REVISIÓN DE CORREO INSTITUCIONAL	A DIARIO	
09	REUNIÓN LOCAL PRAPS SPE	01	

10	COORDINACIÓN CON ENCARGADOS LOCALES CESA-CARO-PAC	08	
11	ADMINISTRACION DE CONVENIO (11 HORAS SEMANALES)	A DIARIO	
12	COORDINACION CON ENCARGADA DESAM/COORDINADORA	A DIARIO	
13	ELABORACION REM MENSUAL (CARO-CESA- PAC)	03	
14	REVISION Y COMPILACION REM EQUIPO PRAPS (PAC-CESA-CARO-RSH-JPII CIAS)	06	
15	REUNION DIRECTORA DE CESFAM CARDENAL CARO	01	
16	ANALISIS POBLACION RESIDENCIAL NUEVAS RESIDENCIAS PERTENECIENTES A CESFAM CARDENAL CARO	01	

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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM <u>NO APLICA</u>
Nombre Completo: Khanda I. Pérez Díaz RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: Alejandra Gottlieb C RUT: Psicóloga	Nombre Completo: RUT: