



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CONVENIO ESPACIOS AMIGABLES)
--------------------------------------	---

Establecimiento	CENTRO DE RESOLUTIVIDAD FAMILIAR INTEGRAL (CRFI)
Nombre Completo	CRISTOBAL ANTONIO PERALTA TORRES
RUT	
Programa	ESPACIOS AMIGABLES
Profesión	PSICÓLOGO
Horas trabajadas semanales	33 HORAS SEMANALES (21 DIAS) ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia	NA
Fecha Informe	31 DE MARZO 2025

MONTO Y N° BOLETA	BOLETA N°3, MONTO BRUTO: 630.249
-------------------	---

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
11-03-2025		31-03-2025

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL SALUD MENTAL	5	Se realiza ingreso a control de salud mental en CESFAM y establecimientos educacionales para ingresar a programa de salud mental y recibir el acompañamiento psicológico requerido.
2	RESCATE TELEFÓNICO	5	Rescate telefónico a usuarios derivados de instituciones internas y/o externas
3	TALLER GRUPAL	1	Se realiza Taller de Prevención del Bullying en Colegio Japón
4	ACTIVIDADES COMUNITARIAS	0	
5	REUNIONES DE COORDINACIÓN LOCALES E INTERSECTORIALES	4	Se realiza reunión con coordinadores y jefaturas de programa Espacios Amigables.

6	ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO	10	Se elabora material informativo para ser entregado en sesiones y a su vez, para hacer entrega en ferias y actividades comunitarias.
---	--	----	--

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: CRISTOBAL ANTONIO PERALTA TORRES RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: <i>Debera Jirpa O.</i> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____