



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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	KATHERINE ISABEL VARAS CASTRO
RUT	
Programa	PRAPS SNPE/RSJ
Profesión	PSICÓLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	30-06-2025

MONTO BOLETA	\$1.850.000 (NÚMERO 91)
--------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01/06/2025	HASTA: día - mes- año 30/06/2025
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONSULTA SALUD MENTAL	45	
2	ACCIÓN REMOTA SALUD MENTAL	23	
3	ESTADÍSTICA SEMESTRAL REM P	1	1 SEMANA
4	ESTADÍSTICA MENSUAL	1	1 DÍA
5	PLANIFICACIÓN DE IPG	1	1 DÍA
6	ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADO INTEGRAL	10	
7	COORDINACIÓN PPF CRESERES	1	
8	COORDINACIÓN PPF ÁRBOL DE VIDA	1	
9	COORDINACIÓN CON PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO	1	

10	CAPACITACIÓN PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	1	
11	CAPACITACIÓN EN SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DE GÉNERO	1	
12	FERIA DIVERSIDAD Y GÉNERO CESFAM CARDENAL CARO	1	
13	INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL CESFAM CARDENAL CARO	1	TALLER HUERTA, NNA RESIDENCIA DE LACTANTES VIDA CHILE
14	GESTIÓN DE CONTROLES MÉDICOS	4	
15	REVISIÓN DE CORREO INSTITUCIONAL	A DIARIO	

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: KATHERINE ISABEL VARAS CASTRO RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: <i>Nathaly Leiva O.</i> RUT:	Nombre Completo: RUT: