



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CONVENIO ESPACIOS AMIGABLES)</b>
--------------------------------------	---

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	18 DE JUNIO 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>BOLETA N°33 , MONTO BRUTO: 932.760</b>
-------------------	---

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-06-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>30-06-2024</b>
--------------------	--	--

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>CONTROL SALUD MENTAL</b>	<b>23</b>	<b>Se realiza ingreso a control de salud de salud mental en CESFAM y en Edificio comunal para ingresar a programa de salud mental y recibir el acompañamiento psicológico requerido.</b>
<b>2</b>	<b>TALLER GRUPAL</b>	<b>1</b>	<b>Se realiza taller de formación de monitores con la temática de Autocuidado y Autoestima</b>
<b>3</b>	<b>CONSEJERIA INDIVIDUAL</b>	<b>0</b>	
<b>4</b>	<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>	<b>6</b>	<b>Se realizan consultas de salud mental en establecimientos educacionales.</b>

5	EDUCACION A PROFESIONALES EDUCACION	0	
6	ACTIVIDADES COMUNITARIAS	1	Se realiza feria saludable en sector rural
7	REM	1	
8	PLANIFICACIÓN	2	Se realiza reunión con coordinadores y jefaturas de programa Espacios Amigables.
9	ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO	2	Se elabora material para ferias saludables

**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 RÚT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa  	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: <u>Paola Horezma</u> RUT:	Nombre Completo: RUT: