

INFORME PRESTADOR DE SERVICIOS

Nombre	:	NAHIDA ISABEL HAMDAN ROSALES
RUT	:	[REDACTED]
Fecha de Inicio	:	01/08/2025
Fecha de Término	:	31/12/2025
N° y fecha de Decreto Alcaldicio	:	N° 2828/196 del 01/09/2025
Valor mensual honorarios	:	\$ 1.290.988
N° y fecha de Boleta	:	N° 234 del 31/10/2025
Financiamiento (Identificar Nombre del Convenio si corresponde):	:	Programa de atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente, Año 2025. Decreto en trámite y resolución exenta SSAN N°2200 del 14/07/2025.

Descripción específica de las actividades a desarrollar:

Equipo de Apoyo al desarrollo y rehabilitación infanto-adolescente

Realizar evaluación y diagnóstico de TEA y otras condiciones que requieran rehabilitación en NNA.

-Otorgar tratamiento y realizar seguimiento de usuarios con TEA y otras condiciones que requieran rehabilitación en NNA.

-Realizar consejería a familiares y cuidadores de NNA con TEA y otras condiciones que requieran rehabilitación.

-Realizar Evaluación Diagnóstica Integral de NNA con TEA y otras condiciones que requieran rehabilitación.

-Entregar indicaciones para el abordaje integral a través del plan de tratamiento integral de acuerdo con sus competencias específicas en conjunto con otros profesionales del equipo y familiares de NNA.

-Abordar las necesidades de apoyo al desarrollo y rehabilitación de NNA con TEA y otras condiciones que requieran rehabilitación.

-Realizar educación y trabajo conjunto con la familia para la intervención en NNA con TEA u otras condiciones que requieran rehabilitación.

-Participar de reuniones clínicas y otras reuniones de organización y coordinación con equipo de apoyo al desarrollo y rehabilitación infanto- adolescente y del centro de atención primaria.

-Participar en consultorías en temática de TEA y u otras condiciones que requieran rehabilitación con el nivel de especialidad.

-Participar de actividades de capacitación a equipos de salud.

-Educar y sensibilizar a la comunidad y los demás funcionarios de la salud sobre el TEA y otras condiciones que requieran rehabilitación.

Producto esperado: Mes de agosto y septiembre participación de talleres y reuniones para gestión del programa, octubre a diciembre realizar 10 acciones como mínimo por mes.

Medio de verificación: Informe de prestación de servicios elaborado por responsable de supervisión de las funciones con resumen de actividades desarrolladas en el mes (agosto y septiembre) pauta de cotejo, lista de asistencia, de octubre a diciembre medio de obtención de información, Reporte de Registro Clínico Electrónico del SSAN.

Actividades específicas que realizó durante el mes informado: OCTUBRE 2025

1. Prestador de servicios especializados en Fonoaudiología.
2. Ha desempeñado actividades en forma satisfactoria.
3. Fecha :01 al 31 de octubre 2025

Fecha del informe: 31 de octubre 2025

Valeska Ávila Muñoz
[REDACTED]
Psicóloga

VALESKA AVILA MUÑOZ
FIRMA DEL REQUIRENTE



FELIPE ALISTE MUÑOZ

[REDACTED]
FELIPE ALISTE MUÑOZ
DIRECTOR CESFAM ALEMANIA

[REDACTED]
NAHIDA ISABEL HAMDAN ROSALES

Nahida Hamdan Rosales

[REDACTED]
Fonoaudióloga