

## INFORME PRESTADOR DE SERVICIOS

Nombre	:	TAMARA JARAZMY RIVAS HERNÁNDEZ
RUT	:	[REDACTED]
Fecha de Inicio	:	01/08/2025
Fecha de Término	:	31/12/2025
Nº y fecha de Decreto Alcaldicio	:	Nº 2836/198 del 01/09/2025
Valor mensual honorarios	:	\$ 1.290.988
Nº y fecha de Boleta	:	Nº 08 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:**

- 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 intervención 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.
  - Completar tareas administrativas requeridas en la atención de salud
  - Realizar educación a familiares/cuidadores.
  - Realizar intervenciones grupales con NNA y familiares y/o cuidadores
  - Realizar visitas domiciliarias integradas.
  - Participar de reuniones clínicas y otras reuniones de organización y coordinación con equipo del sector
  - Participar en consultorías en temática de TEA y condiciones que requieran rehabilitación con el nivel de especialidad.
  - Mantener coordinación permanente con los establecimientos educacionales en virtud del plan de intervención de cada NNA
  - Educar y sensibilizar a la comunidad y los demás funcionarios de la salud sobre el TEA y otras condiciones que requieran rehabilitación.
  - Participar de actividades de capacitación a equipos de salud.
- Mantener formación continua en temáticas de 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 Psicología.
2. Ha desempeñado actividades en forma satisfactoria.
3. Fecha :01 al 31 de octubre 2025.

Fecha del informe: 31 de octubre 2025

Valeska Avila Muñoz  
[REDACTED]  
Psicóloga

VALESKA AVILA MUÑOZ  
FIRMA DEL REQUERENTE



Tamara Rivas, H.

FELIPE ALISTE MUÑOZ  
[REDACTED]

FELIPE ALISTE MUÑOZ  
DIRECTOR CESFAM ALEMANIA

TAMARA JARAZMY RIVAS HERNÁNDEZ