

INFORME PRESTADOR DE SERVICIOS

Nombre	:	NAHIDA ISABEL HAMDAN ROSALES
RUT	:	[REDACTED]
Fecha de Inicio	:	01/08/2025
Fecha de Término	:	31/12/2025
Nº y fecha de Decreto Alcaldicio	:	Nº 2828/196 del 01/09/2025
Valor mensual honorarios	:	\$ 1.290.988
Nº y fecha de Boleta	:	Nº 227 del 30/09/2025
Financiamiento (Identificar Nombre del Convenio si corresponde):	:	Programa de atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente, Año 2025. Decreto en trámite y resolución exenta SSAN Nº2200 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: SEPTIEMBRE 2025

1. Prestador de servicios especializados en Fonoaudiología.
2. Ha desempeñado actividades en forma satisfactoria.
3. Fecha :01 al 30 de SEPTIEMBRE 2025.

Fecha del informe: 30 de septiembre 2025

Valeska Ávila Muñoz
[REDACTED]
[Signature]
[REDACTED]

VALESKA AVILA MUÑOZ
FIRMA DEL REQUERENTE



FELIPE ALISTE MUÑOZ
[REDACTED]

FELIPE ALISTE MUÑOZ
DIRECTOR CESFAM ALEMANIA

NAHIDA ISABEL HAMDAN ROSALES

Nahida Hamdan Rosales

Fonoaudióloga