

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION</b>
-------------------------------	-----------------------------------

Establecimiento	Programa Ambulatorio Intensivo ATHTRIPAN
Nombre	Yoana González Rojas
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas	22 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0 días
Días licencia médica	0 días
Periodo de informe (mes)	Noviembre 2023

<b>MONTO BOLETA</b>	<b>630.000</b>
---------------------	----------------

<b>PERIODO DE INFORME</b>	<b>DESDE: día - mes- año</b>	<b>HASTA: día - mes- año</b>
	<b>01-11-2023</b>	<b>30-11-2023</b>

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

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Consulta de salud mental a usuarios que se encuentran en tratamiento.	<b>Cumplido</b>
2	Aplicar instrumentos sociales para evaluación integral.	<b>Cumplido</b>
3	Realizar seguimiento a usuarios con alta terapéutica.	<b>Cumplido</b>
4	Aplicación de test de drogas.	<b>Cumplido</b>
5	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	<b>Cumplido</b>
6	Realizar visitas domiciliarias.	<b>Cumplido</b>
7	Participación en reunión clínica y administrativa de equipo.	<b>Cumplido</b>
8	Trabajo en red.	<b>Cumplido</b>
9	Participación en asesoría SENDA/MINSAL.	<b>Cumplido</b>

**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 Programa. Esto bajo juramento y ~~pp~~ consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en

FIRMA	
FECHA INFORME	

Timbre y Firma Director

Susana Meunier Arceles

**Nombre:** SUSANA MEUNIER ARCELES



Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa

PP

**Nombre:**

