

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION |
|-------------------------------|-----------------------------------|

| | |
|--|---|
| Establecimiento | PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO " RAUL SILVA HENRIQUEZ" , EN CIP CRC |
| Nombre | PATRICIA ANDREA GONZALEZ SALGADO |
| Profesión | ASISTENTE SOCIAL |
| Horas trabajadas | 33 HRS SEMANALES |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 15 DIAS VACACIONES |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | NOVIEMBRE 2023 |

| | |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$1.030.426 |
|--------------|-------------|

| | | |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 01-11-2023 | HASTA: día - mes- año 30-11-2023 |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1 | CONSULTA DE SALUD MENTAL INDIVIDUAL | 100% |
| 2 | CONSULTA DE SALUD MENTAL GRUPAL | 100% |
| 3 | CONSULTA DE SALUD MENTAL REMOTA CON ADULTOS SIGNIFICATIVOS | 70% |
| 4 | TALLERES SOCIOEDUCATIVOS | 100% |
| 5 | TRANSCRIPCION DE FICHAS CLINICAS | 100% |
| 6 | PARTICIPACION EN REUNIONES TECNICAS Y CLINICAS DE EQUIPO | 100% |
| 7 | ENVÍO DE INFORMES DE PROCESO TRIMESTRAL DE USUARIOS SEGÚN ACUERDO EN COMITÉ TECNICO CON SENAME | 100% |
| 8 | CINE CLUB PARA USUARIOS. | 100% |
| 9 | APLICACIÓN DE TEST DE DROGAS SEGÚN PTI SMART DE USUARIOS | 100% |
| 10 | COORDINACION CON SENAME | 100% |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clinica 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 en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuya a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

| | | |
|---------------|------------|--|
| FIRMA | | |
| FECHA INFORME | 01-11-2023 | |

| | |
|--|--|
| Timbre y Firma Director/a HENRIQUEZ | Timbre y Firma Coordinador/a |
| Nombre: KAREN SANTIAGO ARAUJO | Nombre: PATRICIA ANDREA GONZALEZ SALGADO |

