

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

Establecimiento	PAI Athtripan
Nombre	Susan Merino Ardiles
Profesión	Psicólogo
Horas trabajadas	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	2 días
Días licencia médica	0 días
Periodo de informe (mes)	Noviembre

MONTO BOLETA	1.410.000
--------------	------------------

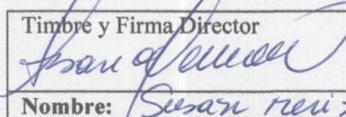
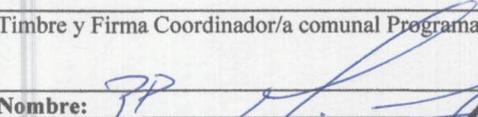
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 1- 11- 2023	HASTA: día - mes- año 30-11-2023
--------------------	---	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación y realización de reuniones clínicas- administrativas 	Cumplido
2	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en reuniones de triados casos clínicos análisis de casos y realización de planes de tratamiento integral. 	Cumplido
3	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación programa de tratamiento 	Cumplido
4	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso de prestaciones a Sistrat 	Cumplido
5	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión semanal de prestaciones en fichas clínicas (Drive) 	Cumplido
6	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de Psicoterapia individual 	Cumplido
7	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de Consulta psicológica 	Cumplido
8	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en asesoría Senda 	Cumplido
9	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en supervisión anual 2023 	Cumplido

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 en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que garantiza la continuidad de cuidados en salud.

FIRMA	
FECHA INFORME	

Timbre y Firma Director  Nombre: <u>Susan Merino Ardiles</u>	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa  Nombre: <u>PP</u>
---	--

