

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

| | |
|--|--|
| Establecimiento | Centro de rehabilitación de alcohol y drogas ATHTRIPAN |
| Nombre | Solange Dominique Vargas Cortés |
| Profesión | Psicóloga |
| Horas trabajadas | 22 horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 días |
| Días licencia médica | 0 días |
| Periodo de informe (mes) | Noviembre |

| | |
|--------------|----------------|
| MONTO BOLETA | 630.000 |
|--------------|----------------|

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

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

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1 | Realización de intervención psicológica a usuarios en proceso de TTO vía presencial. | Logrado |
| 2 | Realización de Psicoterapia a usuarios en etapa de proceso de TTO vía presencial. | Logrado |
| 3 | Realización de psicoterapia individual presencial a usuarios en proceso. | Logrado |
| 4 | Realización de psicoterapia individual presencial a usuarios en proceso. | Logrado |
| 5 | Realización de taller grupal a usuarios en proceso de TTO vía presencial. | Logrado |
| 6 | Participación en reuniones técnicas administrativas y clínicas presenciales. | Logrado |
| 7 | Trabajo administrativo, registro de prestaciones en sistema drive PAI ATHTRIPAN | Logrado |
| 8 | Otras (especificar las acciones) | |

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 contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

| | |
|---------------|--|
| FIRMA | |
| FECHA INFORME | |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Timbre y Firma Director | Timbre y Firma Coordinador/a del Programa |
| Nombre: <i>SUSANA MERINO ARDILES</i> | Nombre: <i>PP</i> |

