

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

INFORME MENSUAL DE GESTION

Establecimiento	Programa Ambulatorio Intensivo ATHTRIPAN
Nombre	Eugenia Ruth Nuñez López
Profesión	Trabajadora Social.
Horas trabajadas	44 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	Noviembre 2023

MONTO BOLETA	1.260.000
--------------	-----------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Consulta de salud mental a usuarios que se encuentran en tratamiento.	Logrado
2	Sistematización de intervenciones clínicas en ficha digital.	Logrado
3	Aplicar instrumentos sociales para evaluación integral a usuarios en TTO.	Logrado
4	Tabulación de instrumentos de evaluación y elaboración de síntesis diagnóstica área social.	Logrado
5	Realización de intervenciones de seguimiento a usuarios que se encuentran con alta terapéutica.	Logrado
6	Coordinación para toma de exámenes de laboratorio con red de CESFAM para usuarios en proceso de TTO.	Logrado
7	Participación en reuniones técnico-administrativas.	Logrado
8	Aplicación Portafolio metodológico CIAM, el cual tiene por objetivo el desarrollo y/o fortalecimiento de habilidades sociales a usuarios en etapa de TTO.	Logrado
9	Realización de Screening de drogas a usuarios en TTO.	Logrado
10	Realización de entrevista de ingreso.	Logrado
11	Realización de Visitas Domiciliaria.	Logrado
12	Participación Supervisión anual SENDA-SEREMI DE SALUD.	Logrado
13	Asesoría mensual SENDA.	Logrado
14	Participación en Seminario "Derribando Estigmas en Personas en Tratamiento por Consumo Problemático de Drogas; La Recuperación es tarea de Todos", Dictado por área Integración Social, SENDA región de Coquimbo.	Logrado

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 comunal Programa
Nombre: <i>Susan Pizarro</i>	Nombre: <i>PP</i>

