

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

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN
Nombre	Roberto Núñez Gómez
Profesión	Trabajador Social-Técnico Psicosocial
Horas trabajadas	44
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	Diciembre 2023

MONTO BOLETA	\$ 1.018.500
--------------	---------------------

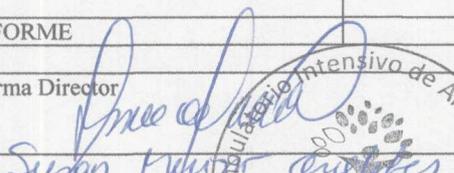
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-12-2023	HASTA: día - mes- año 31-12-2023
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Realización de entrevista inicial y confirmación diagnóstica a usuarios derivados de la red de salud, justicia, social y usuarios que consultan por tratamiento de forma espontánea.	4
2	Evaluación de historia y patrón de consumo de drogas	4
3	Aplicación de instrumentos psicosociales a usuarios en etapa de evaluación integral.	6
4	Tabulación y revisión de instrumentos psicosociales aplicados	6
5	Realización de consultas de salud mental a usuarios en tratamiento.	34
6	Participación en intervenciones de coterapia individual y familiar	3
7	Realización de intervenciones psicosociales de grupo.	2
8	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de test de drogas a usuarios en tratamiento. • Ingreso de resultados de ficha TOP en sistema SISTRAT SENDA. • Ingreso de usuarios a sistema SISTRAT SENDA. • Participación en reuniones técnicas administrativas. • Registro de prestaciones realizadas en fichas clínicas. • Participación en jornada de autocuidado de equipo. • Apoyo en intervenciones médico Psiquiatra a usuarios en tratamiento. • Elaboración y envío de informes para derivaciones de usuarios a comunidades residenciales y otros programas de tratamiento de la red SENDA. • Participación en reunión de asesoría SENDA. 	3 8 4 2 49 0 0 3 0

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: Susan Pizarro	 Nombre: ALEJANDRA GOKUB CARVAJAL

