

|                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION</b> |
|-------------------------------|-----------------------------------|

|  |  |
|--|--|
| 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 |  |
| Días licencia médica                     |  |
| Periodo de informe (mes)                 |  |

MONTO BOLETA



|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 12- 2023 | HASTA: 31 - 12- 2023 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA                                  | RESULTADO  |
|----|---|------------|
| 2  | Realización de Psicoterapia a usuarios en etapa de proceso de TTO vía presencial. | Logrado 13 |
| 6  | Participación en reuniones técnicas administrativas y clínicas presenciales.      | Logrado 02 |
| 7  | Trabajo administrativo, registro de prestaciones en sistema drive PAI ATHTRIPAN   | Logrado 13 |
| 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<br> | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa<br> |
| Nombre: <i>Susan</i>   | Nombre:  |