

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

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)	Enero 2024

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

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-01-2024	HASTA: día - mes- año 31-01-2024
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	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.	5
2	Evaluación de historia y patrón de consumo de drogas	4
3	Aplicación de instrumentos psicosociales a usuarios en etapa de evaluación integral.	7
4	Tabulación y revisión de instrumentos psicosociales aplicados	7
5	Realización de consultas de salud mental a usuarios en tratamiento.	20
6	Participación en intervenciones de coterapia individual y familiar	3
7	Realización de intervenciones psicosociales de grupo.	3
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de test de drogas a usuarios en tratamiento.</li> <li>• Ingreso de resultados de ficha TOP en sistema SISTRAT SENDA.</li> <li>• Ingreso de usuarios a sistema SISTRAT SENDA.</li> <li>• Participación en reuniones técnicas administrativas.</li> <li>• Registro de prestaciones realizadas en fichas clínicas.</li> <li>• Participación en jornada de autocuidado de equipo.</li> <li>• Apoyo en intervenciones médico Psiquiatra a usuarios en tratamiento.</li> <li>• Elaboración y envió de informes para derivaciones de usuarios a comunidades residenciales y otros programas de tratamiento de la red SENDA.</li> <li>• Participación en reunión de asesoría SENDA.</li> </ul>	<p>12</p> <p>13</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>2</p> <p>0</p> <p>0</p>

**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 (S)	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre: Eugenio Nuñez	Nombre: Nathaly Ruiz

