

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

| | |
|--|--|
| Establecimiento | Programa Ambulatorio Intensivo ATHTRIPAN |
| Nombre | Yoana González Rojas |
| Profesión | Trabajadora Social |
| Horas trabajadas | 22 horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Periodo de informe (mes) | Febrero 2024 |

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

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| 01-02-2024 | 29-02-2024 | |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|---|-----------|
| 1 | Consulta de salud mental a usuarios que se encuentran en tratamiento. | 21 |
| 2 | Aplicar instrumentos sociales para evaluación integral. | 6 |
| 3 | Realizar seguimiento a usuarios con alta terapéutica. | 6 |
| 5 | Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE. | 26 |
| 6 | Realizar visitas domiciliarias. | 3 |
| 7 | Participación en reunión clínica y administrativa de equipo. | 1 |
| 8 | Trabajo en red. | 6 |
| 9 | Participación en asesoría SENDA | 1 |

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 | 29 de febrero 2024 |

| | |
|---|--|
|  Timbre y Firma Director Nombre: <i>Sección de apoyo a la familia</i> | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa  Nombre: <i>Alejandra Gottlieb Carval</i> |
|---|--|