



**INFORME MENSUAL DE GESTION
PAB RSH/ PAI ATHTRIPAN
COD. 244**

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN
Nombre	Roberto Núñez Gómez
Profesión	Trabajador Social-Técnico Psicosocial
Horas trabajadas	44
Días permiso administrativo o vacaciones	10 (vacaciones)
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	Febrero

MONTO BOLETA **\$1.018.500**

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	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	4
4	Tabulación y revisión de instrumentos psicosociales aplicados	4
5	Realización de consultas de salud mental a usuarios en tratamiento	17
6	Participación en intervenciones de coterapia individual y familiar	1
7	Realización de intervenciones psicosociales de grupo	1
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.	4 7 4 1 28

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.

Observación:

Esta observación es exclusiva para el cobro retroactivo de boletas de prestadores de servicios.
Se autorizará el pago de prestaciones que tengan un plazo máximo de 1 mes de retraso.
En caso de que aplique esta observación, se deben justificar los motivos en el apartado que se encuentra a continuación

Justificación:

FIRMA	
FECHA INFORME	

Firma Prestador de Servicios	Timbre y Firma Coordinador/a Comunal Programa
Nombre: <i>Sandra Llanos</i>	Nombre:

