

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

Establecimiento	PAI Athtripan
Nombre	Susan Merino Ardiles
Profesión	Psicólogo
Horas trabajadas	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0 días
Días licencia médica	0 días
Periodo de informe (mes)	Febrero 2024

MONTO BOLETA	<b>1.410.000</b>
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	1-02-2024	29-02-2024

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
------------------------------------------------

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación y realización de reuniones cónicas- administrativas</li> </ul>	2
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en reuniones de triados casos clínicos análisis de casos y realización de planes de tratamiento integral.</li> </ul>	2
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación programa de tratamiento</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de prestaciones a Sistrat</li> </ul>	6
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión semanal de prestaciones en fichas clínicas ( Drive)</li> </ul>	12
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de Psicoterapia individual</li> </ul>	15
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de Consulta psicológica</li> </ul>	5
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en asesoría Senda</li> </ul>	1
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de prestaciones Drive</li> </ul>	20

**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	<i>[Firma]</i>	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre: <i>Susan Merino Ardiles</i>		Nombre: <i>GONZALEZ CARVAL</i>

