

<b>I.</b> <b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 244 PAI ATHTRIPAN</b>
--	---

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN
Nombre Completo	Graciela del Carmen Contreras Viera
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Tecnico en bienestar social- Monitora de Familia
Horas trabajadas semanales	25 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31.03.2024

MONTO BOLETA	<b>367.500.-</b>
--------------	------------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>01.03.2024</b>	<b>31.03.2024</b>	

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CSM familiar	9	Atención a apoderados y/o referentes significativos de usuarios en TTO.
2	CSM usuarios en seguimiento	3	Control mensual a usuarios que han salido de alta terapéutica.
3	Realización de grupo multifamiliar	2	Se realiza taller psicoeducativo a apoderados y/o referentes significativos de los usuarios en TTO.
4	Realización de Visitas domiciliarias	6	Se realiza apoyo a Trabajadoras sociales en la realización de VD mensuales.
5	Preparación de material para asamblea mensual.	1	Planificación de actividad de sensibilización para usuarios

6	Participación en reunión técnico-administrativa	1	en TTO. Participación en reunión general de equipo.
7	Participación en reuniones de Triada	4	Participación en reuniones de coordinación con técnico en rehabilitación y dupla psicosocial a cargo de los casos.
8	Realización de aseo a las dependencias del centro.	8	Realización de aseo y mantención de espacios del centro de TTO.

**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 PRAPS. 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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a 
<b>Nombre Completo:</b> <i>Enzo - Montano</i> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <i>Sosón Recino Ardiles</i> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <i>Alejandra Gottlieb</i> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>