



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

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN.
Nombre Completo	Cassandra Parvex
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Psiquiatra
Horas trabajadas semanales	10 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31.03.2024.-

MONTO BOLETA	<b>600.000.-</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	Consulta psiquiátrica a usuarios en TTO.	6	Realización de consulta psiquiátrica a usuarios en proceso de ingreso a TTO y control.
2	Participación en reuniones de equipo.	1	Reatrolimentacion sobre casos evaluados a equipo clínico.
3	Registro de intervenciones psiquiátrica en ficha clínica.	6	Mantener registro de prestaciones realizadas.

**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 Jurídica)	Timbre y Firma Director/a 
<b>Nombre Completo:</b> <u>Alejandra</u> <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> <u>Susan Merino Ardiles</u> <b>RUT:</b> _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo</b> <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> _____