



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 244 PAI ATHTRIPAN
------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN.
Nombre Completo	Yoana González Rojas.
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Trabajadora Social.
Horas trabajadas semanales	22 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31.03.2024.-

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

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01.03.2024.-	31.03.2024.-	

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Consulta de salud Mental a usuarios que se encuentran en TTO.	9	Atenciones semanales a usuarios activos en tratamiento.
2	Aplicar instrumentos sociales para evaluación integral	4	Apgar, cohesión familiar, transgresión a la norma social, ecomapa, ficha social.
3	Realizar seguimiento a con alta terapéutica.	7	Usuarios en seguimiento 2023 y 2024.
4	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	16	Intervenciones a usuarios en tratamiento y seguimiento.
5	Realizar visitas domiciliarias.	3	Visitas de rescate
6	Participación en reuniones técnico-	1	Equipo.

	administrativas.		
7	Participación en reuniones de triada	2	Evaluacion de casos Trabajadora social, psicóloga, técnico en rehabilitación y monitora familiar.
8	Trabajo en red	5	CESFAM, CESAM, CRS, Hospital de día.
9	Realización de aseo en dependencias del centro ATHTRIPAN.	3	Oficina y baño.
10	Participación en reunión de coordinación con el Inter sector.	1	Programa Calle.
11	Verificación de atenciones realizadas por profesionales (Control semanal)	4	Control semanal (viernes).

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
	
Nombre Completo: <u>Caro Valero</u>	Nombre Completo: <u>Soson Nerino</u>
RUT: _____	RUT: _____

Ardiles

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma jefe Dpto. de Salud
	
Nombre Completo: _____	Nombre Completo: _____
RUT: _____	RUT: _____