

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

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN.
Nombre Completo	Susan Helena Merino Ardiles
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Psicólogo.
Horas trabajadas semanales	44 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31.03.2024.-

MONTO BOLETA	1.410.000
--------------	------------------


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	Supervisión de prestaciones clínicas por Triada.	4	De manera semanas se procede a realizar supervisión de prestaciones realizadas por parte de los profesionales.
2	Organización y participación en reuniones clínico-administrativas.	2	Planificación de reuniones clínico-administrativas.
3	Participación en reuniones de triada.	1	presentación de casos y análisis clínico de los mismos.
4	Trabajo administrativo. Registro de prestaciones.	20	Ingreso de prestaciones diarias a ficha clínica digital (Drive)
5	Ingreso de prestaciones a SISTRAT.	2	Ingreso de prestaciones de manera semanal.
6	Supervisión trabajo clínico.	11	

7	Realización de psicoterapia individual	15	A usuarios en TTO.
8	Realización de consultas psicológicas	4	A usuarios en TTO.
9	Realización de psicodiagnósticos.	1	A usuarios en proceso de evaluación integral, área psicológica.
12	Participación en Jornada informativa Programa Calle, Ministerio de desarrollo Social.	1	

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>Soson Nerino A.</u> RUT: _____	Nombre Completo: <u>Soson Nerino A.</u> RUT: _____

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