



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION244 PAI ATHTRIPAN
--------------------------------------	----------------------------------------------------

Establecimiento	Centro de Tratamiento ATHTRIPAN " SALIR BIEN"
Nombre Completo	Susan Helena Merino Ardiles
RUT	
Programa	Pai Athtripan
Profesión	Psicólogo
Horas trabajadas semanales	44 Hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 DE Abril 2024

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

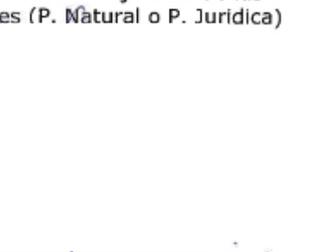
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	1 de abril 2024	30 de abril 2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Psicoterapia Individual a usuarios que se encuentran en tratamiento.	12	
2	Consulta Psicológica a usuarios que se encuentran en proceso de seguimiento.	2	
3	Consulta Psicológica a usuarios en tratamiento	4	
4	Sistematización de intervenciones clínicas en ficha digital.	18	
5	Participación en reuniones técnico-administrativas.	1	
6	Participación en reuniones clínicas Triada.	2	
7	Realización de entrevista inicial - confirmación Diagnostica	2	
8	Participación en asesoría Senda	1	

9	Participación en mesa de tratamiento Senda	1	
10	Participación en devolución financiera senda	1	
11	Apoyo intervención médico psiquiatra	2	
12	Reunion con medico psiquiatra	1	
13	Revisión semanal de Sistrat	2	
14			
15			

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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p> 	<p>Timbre y Firma Director/a</p> 
<p>Nombre Completo: <u>Susan Ramirez</u> RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: <u>Susan Ramirez</u> RUT: _____</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: <u>Alejandra Gottlieb C</u> RUT: _____ Psicóloga</p>	<p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p>