



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

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN.
Nombre Completo	Solange Dominique Vargas Cortés
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas semanales	22 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18.04.2024.-

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

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01.04.2024.-	30.04.2024.-

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de Psicoterapia a usuarios en etapa de proceso de TTO vía presencial.	11	Atenciones semanales a usuarios activos en tratamiento.
2	Aplicar instrumentos psicológicos	5	Test bajo la lluvia, moka, tes de la familia
3	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	18	Intervenciones a usuarios en tratamiento y seguimiento.
4	Participación en reuniones técnico-administrativas.	1	Equipo.
5	Participación en reuniones de triada	1	Evaluacion de casos Trabajadora social, psicóloga, técnico en rehabilitación y monitora familiar.
6	Realización de aseo en dependencias del centro ATHTRIPAN.	2	Oficina
7	Realización de consultas psicológicas a usuarios en etapa de proceso de TTO Vía Online	5	En las dependencias de PAI ATHTRIPAN
8	Realización de llamadas de rescate a usuarios que no se presentan a intervención	2	Usuarios en tratamiento.

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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma director/a</p> 
<p>Nombre Completo: Solange Urbas C. RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Sebastián A. RUT:</p>

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