

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

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN
Nombre Completo	Graciela del Carmen Contreras Viera
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Técnico en bienestar social- Monitora de Familia
Horas trabajadas semanales	25 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 /05/2024

MONTO BOLETA	<b>367.500.-</b>
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01.05.2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>31.05.2024</b>
--------------------	--	--

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	CSM familiar	13	Atención a apoderados y/o referentes significativos de usuarios en TTO.
2	CSM usuarios en seguimiento	3	Control mensual a usuarios que han salido de alta terapéutica.
3	Realización de grupo multifamiliar	3	Se realiza taller psicoeducativo a apoderados y/o referentes significativos de los usuarios en TTO.
4	Realización de Visitas domiciliarias	0	Se realiza apoyo a Trabajadoras sociales en la realización de VD mensuales.
5	Preparación de material para asamblea mensual.	1	Planificación de actividad de sensibilización para usuarios en TTO.

6	Participación en reunión administrativa en reunión técnico-	1	Participación en reunión general de equipo.
7	Participación en reuniones de Triada	4	Participación en reuniones de coordinación con técnico en rehabilitación y dupla psicosocial a cargo de los casos.
8	Realización de aseo a las dependencias del centro.	8	Realización de aseo y mantención de espacios del centro de TTO.

**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 ò P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a
	 
<b>Nombre Completo:</b> <i>Enaivelo Contreras</i>	<b>Nombre Completo:</b> <i>Juan Verrini</i>
<b>RUT:</b>	<b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
<b>Nombre Completo:</b> <i>Alejandra Gottlieb</i>	<b>Nombre Completo:</b>
<b>RUT:</b>	<b>RUT:</b>