Región de Coquimbo

Ministerio de Salud

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

Establecimiento	Centro de Tratamiento ATHTRIPAN " SALIR BIEN"
Nombre Completo	Eugenia Ruth Nuñez Lopez
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Trabajadora social.
Horas trabajadas semanales	44 Horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 de Mayo 2024

MONTO BOLETA	**$1.260.000.-**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01.05.2024	**31.05.2024**	

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Consulta de salud mental a usuarios que se encuentran en tratamiento.	35	
2	Consulta de salud mental a usuarios que se encuentran en proceso de seguimiento.	4	
3	Sistematización de intervenciones clínicas en ficha digital.	35	
4	Aplicar instrumentos sociales para evaluación integral a usuarios en TTO.	5	
5	Tabulación de instrumentos de evaluación y elaboración de síntesis diagnostica área social.	5	
6	Coordinación para toma de exámenes de laboratorio con red de CESFAM para usuarios en proceso de TTO.	6	
7	Participación en reuniones técnico-administrativas.	0	
8	Participación en reuniones clínicas Triada.	1	
9	Realización de entrevista inicial y confirmación Diagnostica a usuarios derivados y personas que	5	

	solicitan evaluación de manera espontánea.		
10	Realización de Visitas Domiciliaria.	**0**	
11	Participación en autocuidado de equipo	**0**	
12	Apoyo en el ingreso de prestaciones de usuarios en TTO a sistema SISTRAT	**4**	
13	Elaboración de informe sobre casos de ingreso para medico psiquiatra.	**3**	
14	Realización de evaluación trimestral del área de Integración social (Plataforma SISTRAT)	**3**	
15	Realización mantención (limpieza box de atención y servicio higiénico) Centro ATHTRIPAN.	**4**	
16	Realización de IPG	**1**	
17	Elaboración y envió de informes CRS .		
18	Participación en reunión de coordinación Residencia transitoria Mujeres Victimas de VIF.	**1**	
19	Gestiones con el Intersector	**3**	

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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a Programa Ambulatorio Intensivo de Alcohol y otras Drogas ATHTRIPAN
Nombre Completo: Eugenia Núñez López **RUT:**	**Nombre Completo:** Susan Meiss Adriel **RUT:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa CORP. MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA COORDINADOR DPTO. SALUD ALEJANDRA GOTTLIEB CARVAJAL LA SERENA	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: **RUT:** Alejandra Gottlieb C Psicóloga	**Nombre Completo:** **RUT:**