



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

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 /06/2024

MONTO BOLETA **367.500.-**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01.06.2024	30.06.2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CSM familiar	14	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	2	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 técnica-administrativa	2	Participación en reunión general de equipo.
7	Participación en reuniones de Triada	3	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.
9	Asesoría senda	1	Participación en reunión realizada por senda

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
	 
Nombre Completo: <i>Craicido Contreras</i> RUT: _____	Nombre Completo: <i>Susan Susino Chales</i> RUT: _____

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