



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

Establecimiento	Centro de Tratamiento ATHTRIPAN
Nombre Completo	Roberto Eduardo Núñez Gómez
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Trabajador Social-Técnico Psicosocial
Horas trabajadas semanales	44
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 de junio 2024

MONTO BOLETA	<b>\$1.018.500</b>
--------------	--------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>01-06-2024</b>		<b>30-06-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Realización de entrevista inicial y confirmación diagnóstica a usuarios derivados de la red de salud, justicia, social y usuarios que consultan por tratamiento de forma espontánea.	<b>3</b>	
<b>2</b>	Evaluación de historia y patrón de consumo de drogas.	<b>4</b>	
<b>3</b>	Aplicación de instrumentos psicosociales a usuarios en etapa de evaluación integral	<b>10</b>	
<b>4</b>	Tabulación y revisión de instrumentos psicosociales aplicados.	<b>14</b>	
<b>5</b>	Realización de consultas de salud mental a usuarios en tratamiento.	<b>14</b>	
<b>6</b>	Realización de intervenciones psicosociales de grupo.	<b>3</b>	
<b>7</b>	Aplicación de test de drogas a usuarios en	<b>10</b>	

	tratamiento.		
8	Ingreso de resultados de ficha TOP en sistema SISTRAT SENDA	10	
9	Ingreso de usuarios a sistema SISTRAT SENDA.	4	
10	Participación en reuniones técnicas clínicas y administrativas.	1	
11	Registro de prestaciones realizadas en fichas clínicas.	40	
12	Participación en jornada de suicidio SSC	1	
13	Participación en asesoría técnica SENDA	1	

**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
	 
<b>Nombre Completo: Roberto Núñez Gómez</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: Swan Juliana Ferrer Araya</b> <b>RUT:</b>

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