

I.

MUNICIPALIDA
D DE
LA SERENA

INFORME MENSUAL DE GESTION 244
PAI ATHTRIPAN

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN.
Nombre Completo	Yoana González Rojas.
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Trabajadora Social.
Horas trabajadas semanales	22 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	Octubre 2024.

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

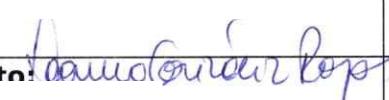
PERIODO DE INFORME 19-10-2024.	DESDE: día - mes- año 31-10-2024.	HASTA: día - mes- año
--	---	-----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

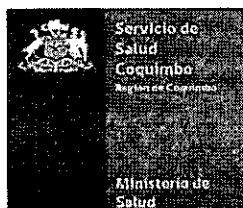
Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Consulta de salud Mental a usuarios que se encuentran en TTO.	8	Atenciones semanales a usuarios activos en tratamiento.
2	Aplicar instrumentos sociales para evaluación integral	5	Apgar, cohesión familiar, transgresión a la norma social, ecomapa, ficha social.
3	Realizar seguimiento a con alta terapéutica.	4	Usuarios en seguimiento 2023 y 2024.
4	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	12	Intervenciones a usuarios en tratamiento y seguimiento.
5	Coordinación con CESFAM para atención de usuarios en proceso de TTO.	1	CESFAM
6	Realización de aseo en dependencias del	1	Oficina y baño.

	centro ATHTRIPAN.		
7	Verificación de atenciones realizadas por profesionales (Control semanal)	4	Control semanal (viernes).

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. Jurídica)	Timbre y Firma director/a
 	
Nombre Completo: Juan Francisco Lopez RUT:	Nombre Completo: Juan Francisco Lopez RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma jefe Dpto. de Salud
 	
Nombre Completo: Alejandra Gottlieb RUT:	Nombre Completo: RUT:



I.
**MUNICIPALIDA
D DE
LA SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION 244
PAI ATHTRIPAN**

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN.
Nombre Completo	Yoana González Rojas.
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Trabajadora Social.
Horas trabajadas semanales	22 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	Noviembre 2024.

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

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 1-11-2024.	HASTA: día - mes- año 30-11-2024.
--------------------	--	---

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIOD

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Consulta de salud Mental a usuarios que se encuentran en TTO.	22	Atenciones semanales a usuarios activos en tratamiento.
2	Aplicar instrumentos sociales para evaluación integral	5	Apgar, cohesión familiar, transgresión a la norma social, ecomapa, ficha social.
3	Realizar seguimiento a con alta terapéutica.	4	Usuarios en seguimiento 2023 y 2024.
4	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	26	Intervenciones a usuarios en tratamiento y seguimiento.
5	Coordinación con CESFAM para atención de usuarios en proceso de TTO.	4	CESFAM
6	Realización de aseo en dependencias del	1	Oficina y baño.

	centro ATHTRIPAN.		
7	Verificación de atenciones realizadas por profesionales (Control semanal)	4	Control semanal (viernes).
8	Participación en reunión de equipo técnico-administrativa.	1	29-11-2024
9	Participación en reunión de triada	1	21-11-2024
10	Coordinación con HLS para atención de usuarios en proceso de TTO.	1	Chile Crece Contigo

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. Jurídica)	Timbre y Firma director/a
 	
Nombre Completo: <i>Alejandra Gottlieb</i> RUT:	Nombre Completo: <i>Desiré Muñoz Andrade</i> RUT:

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