



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

Establecimiento	Centro de Tratamiento ATHTRIPAN " SALIR BIEN"
Nombre Completo	Susan Helena Merino Ardiles
RUT	
Programa	Paí Athtripan
Profesión	Psicólogo
Horas trabajadas semanales	44 Hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30 de Noviembre 2024

MONTO BOLETA	1.410.000
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
1 de Noviembre 2024		30 de Noviembre 2024

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
	Psicoterapia Individual a usuarios que se encuentran en tratamiento.	20	
	Aplicar instrumentos psicológico para evaluación inicial	3	
	Consulta Psicológica a usuarios en tratamiento	2	
	Sistematización de intervenciones clínicas en ficha digital.	25	
	Participación en reuniones técnico-administrativas.	1	
	Participación en reuniones clínicas Triada.	2	
	Revisión semanal Sistrat	4	
	Revisión del programa de tratamiento (marco teoría, objetivos etc) que concuerde con lo requerido en pauta de supervisión anual 2024.	2	
	Revisión de Fichas que serán supervisadas (supervisión 2024)	15	
0.	Preparación de documentos que serán solicitados en supervisión 2024	5	
1..	Participación en Supervisión anual	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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a</p> 
<p>Nombre Completo: Susan H. Merino Ardiles RUT:</p>	<p>Nombre Completo: <i>Susan Merino ardiles</i> RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: <i>Alejandra Gottlieb C</i> Psicóloga RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>



MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 244 PAI ATHTRIPAN
-----------------------------------	---

Establecimiento	Centro de Tratamiento ATHTRIPAN " SALIR BIEN"
Nombre Completo	Susan Helena Merino Ardiles
RUT	
Programa	Paí Athtripan
Profesión	Psicólogo
Horas trabajadas semanales	44 Hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31 de Octubre 2024

MONTO BOLETA	1.410.000
--------------	-----------

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

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
	Psicoterapia Individual a usuarios que se encuentran en tratamiento.	10	
	Aplicar instrumentos psicológico para evaluación inicial	1	
	Consulta Psicológica a usuarios en tratamiento	2	
	Sistematización de intervenciones clínicas en ficha digital.	13	
	Participación en reuniones técnico-administrativas.	1	
	Participación en reuniones clínicas Triada.	2	
	Revisión semanal Sistrat	2	
	Revisión del programa de tratamiento (marco teoría, objetivos etc) que concuerde con lo requerido en pauta de supervisión anual 2024.	4	
	Revisión de Fichas que serán supervisadas (supervisión 2024)	15	

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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a</p> 
<p>Nombre Completo: Susan H. Merino Ardiles RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Susan Merino Ardiles RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: Alejandra Gottlieb RUT:</p> <p>Psicóloga</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>