



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

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN.
Nombre Completo	Solange Dominique Vargas Cortés
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas semanales	22 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31.10.2024.-

MONTO BOLETA	<b>630.000</b>
--------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>19.10.2024.-</b>	<b>31.10.2024.-</b>	

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de Psicoterapia a usuarios en etapa de proceso de TTO vía presencial.	12	<b>Atenciones semanales a usuarios activos en tratamiento.</b>
2	Aplicar instrumentos psicológicos	01	<b>Test bajo la lluvia, moka, tes de la familia</b>
3	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	15	<b>Intervenciones a usuarios en tratamiento y seguimiento.</b>
4	Participación en reuniones técnico-administrativas.	0	<b>Equipo.</b>
5	Participación en reuniones de triada	0	<b>Evaluación de casos Trabajadora social, psicóloga, técnico en rehabilitación y monitorea familiar.</b>
6	Realización de aseo en dependencias del	1	<b>Oficina</b>

	centro ATHTRIPAN.		
7	Realización de consultas psicológicas a usuarios en etapa de proceso de TTO Vía Online	1	<b>En las dependencias de PAI ATHTRIPAN</b>
8	Realización de llamadas de rescate a usuarios que no se presentan a intervención NSP	1	<b>Usuarios en tratamiento.</b>

**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
	
<b>Nombre Completo:</b> <i>Sabina Vargas</i> <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> <i>Desiree Pino Ordóñez</i> <b>RUT:</b> _____

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