



I. MUNICIPALIDAD 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	Enero 2025.

MONTO BOLETA	661.500
--------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
1-01-2025.	31-01-2025.	

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.	21	Atenciones semanales a usuarios activos en tratamiento.
2	Aplicar instrumentos sociales para evaluación integral	2	Apgar, cohesión familiar, transgresión a la norma social, ecomapa, ficha social.
3	Realizar seguimiento a con alta terapéutica.	1	Usuarios en seguimiento 2023 y 2024.
4	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	22	Intervenciones a usuarios en tratamiento y seguimiento.
5	Coordinación con CESFAM para atención de usuarios en proceso de TTO.	1	CESFAM
6	Verificación de atenciones realizadas por	2	Control semanal (viernes).

profesionales (Control semanal)		
---------------------------------	--	--

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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma director/a</p> 
<p>Nombre Completo: <i>Vivian Guzmán Rojas</i> RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: <i>Sesón Perino Adiles.</i> RUT: _____</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: <i>Nathaly Vera Orosco</i> RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p>