



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

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	31 de enero 2025

MONTO BOLETA	\$1.069.425
--------------	-------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Evaluación de historia y patrón de consumo de drogas.	3	
2	Aplicación de instrumentos psicosociales a usuarios en etapa de evaluación integral	8	
3	Tabulación y revisión de instrumentos psicosociales aplicados.	8	
4	Realización de consultas de salud mental a usuarios en tratamiento.	12	
5	Realización de intervenciones psicosociales de grupo.	2	
6	Aplicación de test de drogas a usuarios en tratamiento.	6	
7	Ingreso de resultados de ficha TOP en sistema SISTRAT SENDA	10	
8	Ingreso de usuarios a sistema SISTRAT	3	

	SENDA.		
9	Participación en reuniones técnicas clínicas y administrativas.	1	
10	Registros en fichas clínicas.	44	

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: Roberto Núñez Gómez RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: <i>Susan Mino Araujo</i> RUT: _____</p>

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