



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

Establecimiento	Centro de Tratamiento ATHTRIPAN " SALIR BIEN"
Nombre Completo	Susan Helena Merino Ardiles
RUT	
Programa	Pai Athtripan
Profesión	Psicólogo
Horas trabajadas semanales	44 Hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31 DE Enero 2015

MONTO BOLETA	1.480.500
--------------	-----------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
	Psicoterapia Individual a usuarios que se encuentran en tratamiento.	<b>16</b>	
	Aplicar instrumentos psicológico para evaluación Integral	<b>2</b>	
	Consulta Psicológica a usuarios en tratamiento	<b>5</b>	
	Sistematización de intervenciones clínicas en ficha digital.	<b>23</b>	
	Participación en reuniones técnico-administrativas.	<b>1</b>	
	Participación en reuniones clínicas Triada.	<b>1</b>	
	Revisión semanal Sistrat	<b>4</b>	
	Ingreso de Prestaciones Sistrat	<b>2</b>	
	Reunion con Cordinadora CGGV	<b>1</b>	
	Reunion con encarada de tratamiento Senda	<b>1</b>	
	Realización de agenda e informes Atención Psiquiatra	<b>3</b>	

Handwritten signature



**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><b>Nombre Completo:</b> Susan H. Merino Ardiles <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Susan Merino Ardiles <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Nathas Leiva Ordoñez</i> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>