



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

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	Febrero 2025 ✓

MONTO BOLETA	<b>661.500</b> ✓
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>1-02-2025.</b>	HASTA: día - mes- año <b>28-02-2025.</b>
--------------------	--	---

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Consulta de salud Mental a usuarios que se encuentran en TTO.	25	<b>Atenciones semanales a usuarios activos en tratamiento.</b>
<b>2</b>	Aplicar instrumentos sociales para evaluación integral	2	<b>Apgar, cohesión familiar, transgresión a la norma social, ecomapa, ficha social.</b>
<b>3</b>	Realizar seguimiento a con alta terapéutica.	1	<b>Usuarios en seguimiento 2023 y 2024.</b>
<b>4</b>	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	26	<b>Intervenciones a usuarios en tratamiento y seguimiento.</b>
<b>5</b>	Coordinación con CESFAM para atención de usuarios en proceso de TTO.	2	<b>CESFAM</b>

6	Verificación de atenciones realizadas por profesionales (Control semanal)	2	Control semanal (viernes).
7	Reunión de equipo	1	Equipo ATHTRIPAN

**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>Susana Muñoz Andújar</i> RUT:</p>	<p>Nombre Completo: <i>Susana Muñoz Andújar</i> RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: <i>Natalia Lara Ordoñez</i> RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>