

--	--

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	MARZO 2025

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

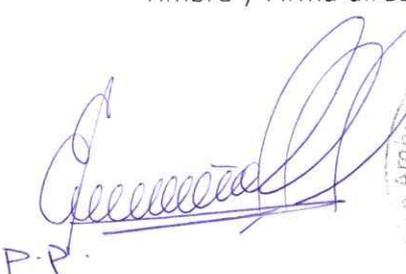
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>1-03-2025.</b>	<b>31-03-2025.</b>	

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

			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.	2	<b>Usuarios en seguimiento 2023 y 2024.</b>
<b>4</b>	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	27	<b>Intervenciones a usuarios en tratamiento y seguimiento.</b>
<b>5</b>	Coordinación con CESFAM para atención de usuarios en proceso de TTO.	4	<b>CESFAM</b>

6	Verificación de atenciones realizadas por profesionales (Control semanal)	3	Control semanal (viernes).
7	Reunión de triada	1	Equipo ATHTRIPAN
8	Realizar aseo a baño del programa	1	Semana del 17 al 21 de marzo.
9	Realizar derivación de usuario a programas de la red.	1	Dispositivo vespertino.

**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>Viviano González López</i> RUT:</p>	<p>Nombre Completo: <i>Eugenio Nuñez</i> RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  	<p>Timbre y Firma jefe Dpto. de Salud</p>  
<p>Nombre Completo: <i>Nathaly Pizarro</i> RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>