



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	ABRIL 2025

MONTO BOLETA	661.500 N°Boleta 156
--------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	1-04-2025.	30-04-2025.

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Consulta de salud Mental a usuarios que se encuentran en TTO.	34	Atenciones semanales a usuarios activos en tratamiento.
2	Aplicar instrumentos sociales para evaluación integral	5	Apgar, cohesión familiar, transgresión a la norma social, ecomapa, ficha social.
3	Realizar seguimiento a con alta terapéutica.	2	Usuarios en seguimiento 2023 y 2024.
4	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	36	Intervenciones a usuarios en tratamiento y seguimiento.
5	Coordinación con CESFAM para atención de usuarios en proceso de TTO.	6	CESFAM

6	Verificación de atenciones realizadas por profesionales (Control semanal)	4	Control semanal (viernes).
7	Reunión de triada	1	Equipo ATHTRIPAN
8	Realizar Test de drogas.	2	Usuarios en tratamiento.
9	Participación en asesoría SENDA-MINSAL	1	Dependencias de ATHTRIPAN
10	Coordinación derivación asistida	1	CESAM
11	Coordinación con la red	1	Depto. De la Mujer y Equidad de Género.
12	Participación charla informativa OSL	1	10 de abril con los usuarios

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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma director/a 
Nombre Completo: <i>María Carraz Vepi</i> RUT:	Nombre Completo: <i>Susan reuno arciles</i> RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: <i>María Troncale por María</i> RUT:	Nombre Completo: RUT: