



|   |                                  |                                                 |
|---|----------------------------------|-------------------------------------------------|
| I | MUNICIPALIDAD<br>DE<br>LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION 244<br>PAI ATHTRIPAN |
|---|----------------------------------|-------------------------------------------------|

|                                                |                                                  |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Establecimiento                                | PAI ATHTRIPAN                                    |
| Nombre Completo                                | Graciela del Carmen Contreras Viera              |
| RUT                                            |                                                  |
| Programa                                       | PAI ATHTRIPAN                                    |
| Profesión                                      | Técnico en bienestar social- Monitora de Familia |
| Horas trabajadas<br>semanales                  | 25 horas                                         |
| Días permiso<br>administrativo o<br>vacaciones | 0                                                |
| Días licencia                                  | 0                                                |
| Fecha Informe                                  | 30 Junio 2025                                    |

|              |         |              |
|--------------|---------|--------------|
| MONTO BOLETA | 385.875 | Boleta N°266 |
|--------------|---------|--------------|

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 01/06/ 2025           | 30/06/2025            |

|                                         |
|-----------------------------------------|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|-----------------------------------------|

| Nº | Funciones según PRAPS                                  | Nº de<br>Actividades | Observaciones |
|----|--------------------------------------------------------|----------------------|---------------|
| 1  | CSM familiar/                                          | 15                   |               |
| 2  | CSM Usuarios en tratamiento                            | 10                   |               |
| 3  | CSM usuarios en seguimiento                            | 02                   |               |
| 4  | Realización de grupo multifamiliar                     | 01                   |               |
| 5  | Realización de Visitas domiciliarias                   | 0                    |               |
| 6  | Realización de Asamblea Matinal mensual                | 01                   |               |
| 7  | Participación en reunión técnico-<br>administrativa    | 01                   |               |
| 8  | Participación en reuniones de Triada                   | 02                   |               |
| 9  | Realización de aseo a las dependencias del<br>centro.  | 4                    |               |
| 10 | Asesoría senda                                         | 0                    |               |
| 10 | Sistematización de intervenciones clínicas<br>en ficha | 35                   |               |

**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. Juridica)          | Timbre y Firma Director/a                                                            |
|  |   |
| Nombre Completo: <u>Eracide Contreras</u><br>RUT: _____                             | Nombre Completo: _____<br>RUT: _____                                                 |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                   |
|  |  |
| Nombre Completo: <u>Nathaly Jimenez</u><br>RUT: _____                               | Nombre Completo: _____<br>RUT: _____                                                 |