

**I. MUNICIPALIDAD
DE
LA SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION 244
PAI ATHTRIPAN**

Establecimiento	PAI ATHTRIPAN.
Nombre Completo	Solange Dominique Vargas Cortés
RUT	
Programa	PAI ATHTRIPAN
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas semanales	22 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18.06.2024.-

MONTO BOLETA	630.000
--------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01.06.2024.-	HASTA: día - mes- año 30.06.2024.-
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Realización de Psicoterapia a usuarios en etapa de proceso de TTO vía presencial.	16	Atenciones semanales a usuarios activos en tratamiento.
2	Aplicar instrumentos psicológicos	4	Test bajo la lluvia, moka, tes de la familia
3	Redactar intervenciones realizadas en plataforma DRIVE.	17	Intervenciones a usuarios en tratamiento y seguimiento.
4	Participación en reuniones técnico-administrativas.	2	Equipo.
5	Participación en reuniones de triada	1	Evaluación de casos Trabajadora social, psicóloga, técnico en rehabilitación y monitora familiar.

6	Realización de aseo en dependencias del centro ATHTRIPAN.	2	Oficina
7	Realización de consultas psicológicas a usuarios en etapa de proceso de TTO Vía Online	0	En las dependencias de PAI ATHTRIPAN
8	Realización de llamadas de rescate a usuarios que no se presentan a intervención	1	Usuarios en tratamiento.

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: <u>Silvana Vargas C</u> RUT: _____	Nombre Completo: <u>Silvana Vargas</u> RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: <u>Alejandra Gottlieb C</u> RUT: _____ Psicóloga	Nombre Completo: _____ RUT: _____