



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **VICTOR MEDEL VERGARA, Director Comunal de Salud**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **JULIO 2025**

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	MONTO MENSUAL VALOR HORA N° DE HORAS
<p>- Iris Carolina Parra Lagos Trabajadora Social.</p>	<p>Trabajadora Social, de acuerdo a las prestaciones e indicaciones que señala el Convenio "Apoyo a planes de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas ilícitas o psicotrópicos".</p> <ul style="list-style-type: none"> — Coordinar el funcionamiento técnico y administrativo del Plan Ambulatorio Básico. — Coordinar reuniones técnicas con la Red San Javier. — Realizar visitas domiciliarias cuando se requiera. — Realizar consultas de salud mental con la familia de los usuarios. — Participar en reuniones de la mesa terapéutica. — Rescate de los usuarios desertores del Plan Ambulatorio Básico. — Seguimiento de usuarios con alta terapéutica del PAB. — Coordinar con las redes de acciones que faciliten la integración social, educacional, familiar y laboral de los usuarios (según corresponda). — Registro en Ficha Clínica intervenciones realizadas. — Participar activamente en las reuniones de la red de tratamiento convocadas por PREVIENE, SENDA u otras instituciones. — Alimentar sistema SISTRAT con información de intervención de los pacientes. — Elaborar en conjunto con usuario y equipo del plan de tratamiento individual. 	
	<p>— Coordinación y rendición de convenio</p>	
MONTO FIJO EJECUCIÓN		
MONTO TOTAL BRUTO		

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes de **JULIO**
Villa Alegre, **JULIO 2025**



Director Comunal de Salud





V°B° Analista Convenios externos

C: C. Jefe de Recursos Humanos
Jefe de Contabilidad
Archivo

