## I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA INFORME MENSUAL DE GESTIÓN REFUERZO DUPLA PSICOSOCIAL SAPU-SAR

| Establecimiento                                | SAR EMILIO SHAFFHAUSER |  |
|--|------------------------|--|
| Nombre   | Khanda I. Pérez Díaz.  |  |
| Profesión                                      | Psicóloga.             |  |
| Horas trabajadas                               | 21 Horas               |  |
| Días permiso<br>administrativo o<br>vacaciones | No Corresponde         |  |
| Días licencia médica                           | No Corresponde         |  |
| Periodo de informe (mes)                       | Diciembre              |  |

MONTO BOLETA 190.260

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
|                    | 01.12.2023            | 31.12.2023            |

## **FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO  | RESULTADO |
|---|---|-----------|
| 1 | Acompañamiento psicosocial.   | 6         |
| 2 | Intervenciones psicosociales con familiares.  | 1         |
| 3 | Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.                              | 1         |
| 4 | Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.  | 0         |
| 5 | Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.  | 8         |
| 6 | Psicoeducación.   | 12        |
| 7 | Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.   | 0         |
| 8 | Otras (especificar las acciones) Seguimiento telefónico: 12 Seguimiento correo:1 Seguimiento caso: 1 Elaboración M.P: 1 | 15        |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran informadas en el Registro Estadístico Mensual y en la planilla de registro local asociados al Programa.

Además, una vez que se cuente con el soporte técnico para realizarlo, las actividades mencionadas en este informe se deben encontrar registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud).

Todo 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 solud

| FIRMA  | GABRIELGO  |
|--|--|
|  | . JORAL GABRIEL GOLLA                            |
| RUT  | 2 COORDINADOR 5                                  |
| FECHA INFORME 18.12.   | 2023 PTO. SALUD                                  |
| Control of the Contro | 2023  ALEJANDRA  GOTTLIER CARVAJAL               |
| Timbre y Firma Director CESFAM  DR. V.S. ARPHAUSER   | Timbre y Firma Coordinadoria comunal<br>Programa |
| 1 By Charles   | 1,000  |
|  |  |
| The state of the s |  |