

	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN REFUERZO DUPLA PSICOSOCIAL SAPU-SAR COD. 243
---	--

Establecimiento	SAR Raúl Silva Henríquez
Nombre	Sofía del Pilar Collao Martínez
Profesión	Trabajador Social
Horas trabajadas	33 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	ABRIL

MONTO BOLETA	\$ 298.980 N° boleta 116
--------------	--------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-04-2025	30-04-2025

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.	3
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	18
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	11
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	0
6	Psicoeducación.	0
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	0
8	Otras (especificar las acciones)	0

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 salud.

Observación:

Esta observación es exclusiva para el cobro retroactivo de boletas de prestadores de servicios.
 Se autorizará el pago de prestaciones que tengan un plazo máximo de 1 mes de retraso.
 En caso de que aplique esta observación, se deben justificar los motivos en el apartado que se encuentra a continuación

Justificación:

FIRMA	
RUT	
FECHA INFORME	30-04-2025

Timbre y Firma Director CHSFAM	Timbre y Firma Coordinadora comunal Programa
Nombre:	Nombre: <i>1016 102 Duke</i>

