



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

Establecimiento	SAR Emilio Schaffhauser
Nombre	Katherine Varas Castro
Profesión	PSICÓLOGA, REFUERZO SALUD MENTAL
Horas trabajadas	(9 turnos) 27 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	0

MONTO BOLETA	<b>244.620 (BOLETA NÚMERO 86)</b>
--------------	-----------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-04-2025</b>	<b>30-04-2025</b>

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	RESULTADO
1	Acompañamiento psicosocial.	14
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	14
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	13
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	11
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	6
6	Psicoeducación.	7
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	0
8	Otras (-Seguimientos telefónicos 3, -derivaciones 2)	5

**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

FIRMA	
RUT	
FECHA INFORME	30 de abril de 2025
Timbre y Firma Director CESFAM	Timbre y Firma Coordinadora comunal Programa
Nombre: <i>[Signature]</i>	Nombre: <i>Korle del Monte</i>


 CESFAM  
 DIRECCIÓN  
 EMILIA SCHAFFHAUSER  
 EMILIA GALLARDO CORTÉS


 DEPARTAMENTO DE SALUD  
 COORDINADORA  
 CORPORACIÓN MUNICIPAL

CESFAM  
 La Serena


 MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA  
 DEPARTAMENTO DE SALUD  
 DIRECCIÓN