



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

Establecimiento	SAPU Cardenal Caro
Nombre	Diego Ignacio Cliff Rojas
Profesión	Trabajador Social
Horas trabajadas	12 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	ABRIL

MONTO BOLETA	\$108.720 - N° de Boleta: 122
--------------	-------------------------------

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.	5
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	3
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	5
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	1
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	2
6	Psicoeducación.	1
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	-
8	Otras (especificar las acciones)	-

**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 CESFAM	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre: <i>[Signature]</i>	Nombre: <i>[Signature]</i>

