



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

Establecimiento	SAR Emilio Schaffhauser
Nombre	Diego Ignacio Cliff Rojas
Profesión	Trabajador Social
Horas trabajadas	18 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	30 de abril 2025

MONTO BOLETA	\$177.495 (n° de boleta 123)
--------------	------------------------------

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	RESULTADO
1	Acompañamiento psicosocial.	10
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	-
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	14
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	1
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	-
6	Psicoeducación.	4
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	-
8	Otras (especificar las acciones)	1

**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  DR. E. SCHAFFHAUSER	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre: CLAYD GALLARDO CORTÉS DIRECTORA CESFAM SCHAFFHAUSER La Serena	Nombre: <i>Rosita Poz Vunte</i>



MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDAL  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
DIRECCIÓN