



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

| | |
|--|-----------------------------------|
| Establecimiento | SAR Dr. Emilio Schaffhauser Acuña |
| Nombre | Ana Javiera Rojas Marín |
| Profesión | Trabajadora Social |
| Horas trabajadas | 9 horas (3 turnos) |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA |
| Días licencia médica | NO APLICA |
| Periodo de informe (mes) | 30 -04-2025 |

| | |
|------------------|-----------------|
| MONTO BOLETA | \$81.540 |
| NUMERO DE BOLETA | 65 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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. | 0 |
| 3 | Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR. | 0 |
| 4 | Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos. | 0 |
| 5 | Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis. | 4 |
| 6 | Psicoeducación. | 1 |
| 7 | Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR. | 0 |
| 8 | Otras (especificar las acciones) | |
| | -Derivaciones | 1 |
| | -Seguimiento telefónico | 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 CESEAM | Timbre y Firma Coordinador Comunal Programa |
|  |  |
| Nombre: <u>Claudia Gallardo Cortes</u> | Nombre: <u>Nathaly Leiva Ossandon</u> |

PP: Karla Paz Vuelta

