



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

Establecimiento	SAR RSH
Nombre	IVÁN ANTONIO HUERTA VEGA
Profesión	PSICÓLOGO
Horas trabajadas	18 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	30 DE ABRIL 2025

MONTO BOLETA	\$174.612 °N de Boleta 51
--------------	---------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 – 04- 2025	HASTA: 30 – 04 - 2025
--------------------	----------------------	-----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N °	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	RESULTADO
1	Acompañamiento psicosocial.	3
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	12
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	2
6	Psicoeducación.	2
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).

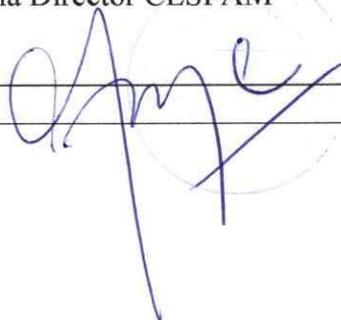
Todo esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

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	19.949.577-1
FECHA INFORME	30 DE ABRIL

Timbre y Firma Director CESFAM	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre: 	Nombre: 