



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

Establecimiento	SAR RAÚL SILVA HENRÍQUEZ
Nombre	VICENTE SALVADOR REVELLO DÍAZ
Profesión	PSICÓLOGO
Horas trabajadas	45
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	ABRIL 2025

MONTO BOLETA	\$407.700 (N°109)
--------------	-------------------

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.	10
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	1
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	30
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	0
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	22
6	Psicoeducación.	1
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	0
8	Otras (especificar las acciones)	0

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.

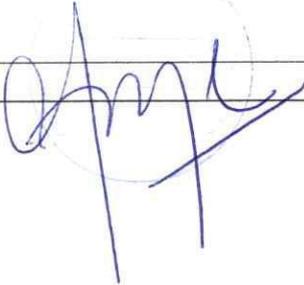
Además, una vez que se cuente con el soporte técnico para realizarlo, **las actividades mencionadas en este informe se deben encontrar registradas en la ficha clínica** de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud).

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	VICENTE REVELLO DÍAZ
RUT	PSICÓLOGO
FECHA INFORME	30 ABRIL

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