

|                                                                                                                                    |                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>CORPORACION MUNICIPAL</b><br><b>La Serena</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN</b><br><b>REFUERZO DUPLA PSICOSOCIAL SAPU-SAR</b><br><b>COD. 243</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                               |
|------------------------------------------|-------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARO                     |
| Nombre                                   | SOFÍA CONSTANZA JORQUERA TORO |
| Profesión                                | TRABAJADORA SOCIAL            |
| Horas trabajadas                         | 6 horas                       |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                             |
| Días licencia médica                     | 0                             |
| Periodo de informe (mes)                 | ABRIL                         |

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| MONTO BOLETA | \$54.360 – N° boleta: 22 |
|--------------|--------------------------|

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

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|------------------------------------------------|

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO                               | RESULTADO |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Acompañamiento psicosocial.                                                                | 1         |
| 2  | Intervenciones psicosociales con familiares.                                               |           |
| 3  | Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR. |           |
| 4  | Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.                               |           |
| 5  | Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.                                         |           |
| 6  | Psicoeducación.                                                                            | 5         |
| 7  | Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.                      |           |
| 8  | Otras: 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 CESFAM | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa |
| Nombre: <i>Colado</i>          | Nombre: <i>María</i>                          |

