



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

Establecimiento	SAR Emilio Schaffhauser
Nombre	Claudia Andrea Díaz Peñaloza
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas	21 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	30 de Junio 2025

MONTO BOLETA	\$ 198.909 (N° de Boleta: 1876)
--------------	---------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-06-2025	30-06-2025

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	RESULTADO
1	Acompañamiento psicosocial.	21
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	5
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	4
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	-
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	8
6	Psicoeducación.	1
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	-
8	Otras (especificar las acciones) <ul style="list-style-type: none">- Seguimientos telefónicos.- Derivaciones.- Gestión hora TS- Gestión de medicamentos	9

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	30-06-2025		Res. Col. Ps. N° 3988

Timbre y Firma Director CESFAM <i>Karin Fabian Janet Rivera</i> Directora	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa <i>[Signature]</i>
Nombre: E. Schaffhauser	Nombre: <i>[Signature]</i>

 **CESFAM**
DR. E. SCHAFFHAUSER
DIRECCIÓN


DEPARTAMENTO DE SALUD
COORDINADORA
CORPORACION MUNICIPAL


MUNICIPAL GABRIEL DONATEL VIZCARRA
DEPARTAMENTO DE SALUD
DIRECCIÓN