

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

Establecimiento	SAR EMILIO SCHAFFHAUSER A
Nombre	Christian H. Ledezma Rojas
Profesión	Trabajador Social
Horas trabajadas	15
Días permiso administrativo o vacaciones	3
Días licencia médica	-
Periodo de informe (mes)	JUNIO

MONTO BOLETA	135.900 -- N° DE BOLETA 569
--------------	-----------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01- 06- 2025	HASTA: 30-06-25

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.	0
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	2
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	0
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	2
6	Psicoeducación.	1
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	0

8	Otras (especificar las acciones) Solicitud de atención en CESFAM -Seguimiento	5
---	--	---

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	CHRISTIAN H. LEDEZN
RUT	
FECHA INFORME	30-06-2025

Timbre y Firma Director CESEAM	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES DIRECCIÓN	Nombre: NATHALY LEIVA O COORDINADORA CORPORACION MUNICIPAL

