

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

Establecimiento	SAR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA.
Nombre	Isaac Rojas Acosta.
Profesión	Trabajador Social
Horas trabajadas	06
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Periodo de informe (mes)	30 JUNIO 2025

MONTO BOLETA	60126- N° DE BOLETA 82
--------------	-------------------------------

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.	2
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	1
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	1
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	1
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	1
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	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

Justificación:

FIRMA	ISAAC ROJAS ACOSTA
RUT	
FECHA	30-06-2025

Timbre y Firma Director CESFAM	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
<i>Klgo. Fabián Janet Rivera</i>	<i>[Signature]</i>
Nombre: <i>[Signature]</i>	Nombre: NATHALY LEIVA O

