

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

Establecimiento	SAR Raúl Silva Henríquez
Nombre	Diego Ignacio Cliff Rojas
Profesión	Trabajador Social
Horas trabajadas	12 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	JUNIO

MONTO BOLETA	\$108.720 / /
N° BOLETA	128 / /

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

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

Timbre y Firma Director CESFAM	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa
Nombre:	Nombre: <i>Nathy</i>

[Handwritten signature]

[Circular stamp: CORP. MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIC. DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCION]

[Handwritten signature]

[Circular stamp: DEPARTAMENTO DE SALUD COORDINADORA CORPORACION MUNICIPAL]