

 CORPORACIÓN MUNICIPAL La Serena	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN REFUERZO DUPLA PSICOSOCIAL SAPU-SAR COD. 243
--	--

Establecimiento	CESFAM Juan Pablo II.
Nombre	Teresa de los ángeles Marzán Marchant.
Profesión	Psicóloga.
Horas trabajadas	44 Hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	Medio día.
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	Junio.

MONTO BOLETA	1.466.672. N° boleta 190
--------------	--------------------------

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.	
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.	
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	
8	Otras (especificar las acciones)	
	Taller CEA	01
	Coordinación OLN	01
	Controles de salud mental	70
	Consultas salud mental	03
	Rescate telefónico.	05

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.

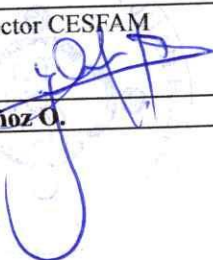
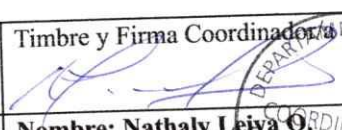
Observación:

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 Coordinadora comunal Programa
	
Nombre: Juan Muñoz O.	Nombre: Nathaly Leiva O.

