

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

Establecimiento	SAR Dr. Emilio Schaffhauser
Nombre	Rocío Isabel Rojas Godoy
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas	21 horas (7 turnos)
Días permiso administrativo o vacaciones	No aplica
Días licencia médica	No aplica
Periodo de informe (mes)	30 de junio 2025

MONTO BOLETA	\$190.260
Nº DE BOLETA	Nº 110

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	RESULTADO
1	Acompañamiento psicosocial.	19
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	2
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.	-
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	4
6	Psicoeducación.	5
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	-
8	Otras (especificar las acciones)	14 3 apoyo adm. 1 sector salud. 2 derivaciones. 1 gestión de hora. 3 revisión de ficha. 1 revisión previsional. 3 seguimientos.

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 de junio de 2025

Timbre y Firma Director CESFAM <i>Klgo. Fabian Jamet Rivera</i> Subdirector CESFAM Dr. E. Schaffhauser	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa <i>[Firma]</i> COORDINADOR
Nombre: <i>[Firma]</i>	Nombre: <i>[Firma]</i>

