

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

Establecimiento	SAR Dr. Emilio Schaffhauser Acuña
Nombre	Ana Javiera Rojas Marín
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas	15 horas (5 turnos)
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia médica	NO APLICA
Periodo de informe (mes)	30-06-2025

MONTO BOLETA	\$135.900
NÚMERO DE BOLETA	69

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.	13
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	2
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.	0
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	5
6	Psicoeducación.	0
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	0
8	Otras (especificar las acciones)	
	-Derivaciones	3
	-Gestión de hora	1
	-Gestión de medicamento	1
	- Llamado telefónico a familiar de paciente	1
	-Solicitud de hospitalización SAR CESA	1
	-Seguimiento telefónico a paciente	2

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este infore 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 <i>Klgo. Fabián James Rivera</i> Subdirector Sector Nombre: Cristian David Schaffhauser CESEFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCIÓN	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa <i>[Firma]</i> COORDINADORA Nombre: <i>[Firma]</i> MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIC. DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN
--	--