

	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN</b> <b>REFUERZO DUPLA PSICOSOCIAL SAPU-SAR</b> <b>COD. 243</b>	
---	--	--

Establecimiento	SAPU Cardenal Caro
Nombre	Camila Constanza Alfaro Cortés
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas	21 horas (L-V) ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	30 de junio 2025. ✓

MONTO BOLETA	\$190.260- N.º de boleta 38 ✓
--------------	-------------------------------

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

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	RESULTADO
1	Acompañamiento psicosocial.	18
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	1
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	3
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	0
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	1
6	Psicoeducación.	4
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	0
8	Otras (especificar las acciones)	6 (Seguimientos telefónicos, derivación, denuncia por vulneración de derechos, revisión de ficha y seguimiento de casos)

**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: _____



*Terencita Nuñez Cifuentes*  
*Kinesióloga*

