

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

Establecimiento	SAR Emilio Schaffhauser
Nombre	Camila Constanza Alfaro Cortés
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas	12 horas (L-V)
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	30 de junio.

MONTO BOLETA	\$108.720- N.º de boleta 39
--------------	-----------------------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

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

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 R. Rivera Subdirector Cesar Schafhauser Cestam Serena	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa Nombre:
--	--

[Handwritten signature in blue ink]

[Handwritten signature in blue ink]

