



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

Establecimiento	SAR RAÚL SILVA HENRÍQUEZ
Nombre	EVELYN LORENA BRAVO PÉREZ
Profesión	LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
Horas trabajadas	27
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	JUNIO

MONTO BOLETA \$261.918/-- N° de boleta: 60 /

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	RESULTADO
1	Acompañamiento psicosocial.	12
2	Intervenciones psicosociales con familiares.	
3	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR.	14
4	Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos.	
5	Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis.	2
6	Psicoeducación.	
7	Fortalecimiento de las competencias del equipo de salud del SAPU/SAR.	
8	Otras (especificar las acciones)	

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).

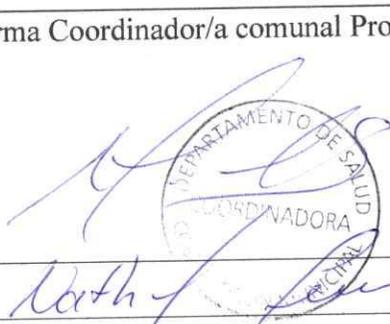
Todo esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

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/a CESFAM 	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa 
Nombre:	Nombre: <i>Nathaly</i>

