

**INFORME REFUERZO SALUD MENTAL COD. 243**

Establecimiento	Cesfam Emilio Schaffhauser
Nombre	Kamila Fernanda Castillo Orellana
RUT	
Profesión	Psicóloga
Horas semanales contradas	44 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	3
Fecha de informe (mes)	30/06/2025

MONTO BOLETA	\$1.320.005 - N° Boleta 21
--------------	----------------------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	N° DE ACTIVIDADES DEL MES	OBSERVACIONES
Control Salud mental	35	
Intervención Psicosocial grupal	2	
Consultoria	0	
Visitas domiciliarias integrales	6	Equipo PADDs
Consejería (como prestación dentro del PCI de la persona usuaria)	35	
Reuniones con otros funcionarios del establecimiento (Salud Mental, otros programas)	0	
Reuniones ampliadas o de sector	0	
Rescates telefónicos	0	
Control urgencias SAR	2	
Vinculación con el equipo de PSMI	0	
Participación en jornada de trabajo provincial, convenios PRAPS	0	
REM P	1	

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	Kamila Castillo Orellana
RUT	
FECHA INFORME	30/06/2025

Timbre y Firma Director CESFAM  Nombre: E.U. CLAUDIA GALLARDO CORTÉS DIRECTORA DIRECCIÓN La Serena	Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa  Nombre: Kamila Castillo Orellana 
---	---

