CORPORACION MUNICIPAL La Serena	**253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU**

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	JORGE RAFEL CAMPUSANO CUADRA
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	3 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Fecha Informe	NOVIEMBRE 2024

MONTO BOLETA	**$ 54801**
Nº BOLETA	**857**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01/11/2024	**30/11/2024**

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Atención médica oportuna y eficiente.
2	Generar un diagnóstico clínico con criterio de urgencia.
3	Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente y efectuar los procedimientos que correspondan.
4	Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos.
5	Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada.
6	Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los datos correspondientes a cada paciente atendido.
7	Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda.
8	Extender certificado de defunción cuando corresponda.
9	Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GES.

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al Programa. 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.

Timbre y firm ıs prestaciones (P. Natural o rge Campusano C. EDICO - CIRUJANO JT.:	Timbre y Firma Director CESFAM DIRECCIÓN Carolina Troncoso Checcé Kinesióloga
Nombre: JO NO CUADRA **Rut**	**Nombre:** **Rut:**
Timbre y Firma Coordinadora Programa COORDINADOR DEPTO. SALUD DANIELA BASTÍAS GONZÁLEZ Daniela Bastías González Enfermera	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN
Nombre: **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**