

**253. INFORME MENSUAL DE GESTION  
REFUERZO SAPU**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO             |
| Nombre                                   | Polivio Adrián Narváz Medranda |
| Profesión                                | MEDICO                         |
| Horas trabajadas                         | 3 ✓                            |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                |
| Días licencia médica                     |                                |
| Periodo de informe (mes)                 | Noviembre                      |


|              |          |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | 54.801 ✓ |
|--------------|----------|

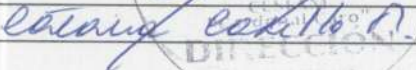

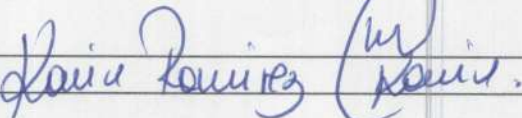
|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21-10-2023            | 20-11-2023            |

**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.

|               |   |
|---------------|---|
| FIRMA         |  |
| FECHA INFORME | 18/11/2023  |

|   |  |
|---|--|
| Timbre y Firma Director CESFAM  | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa  |
| Nombre:   | Nombre:  |