



**260. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II**

| | |
|--|------------------------------|
| Establecimiento | SAPU JUAN PABLO SEGUNDO |
| Nombre | ILSE ALEJANDRA VERA GONZALEZ |
| Profesión | MEDICO ✓ |
| Horas trabajadas | 34 HRS ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia médica | - |
| Periodo de informe (mes) | ENERO 2024 ✓ |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 729.446 ✓ |
|--------------|-----------|

| | | |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 12- 2023 ✓ | HASTA: 20 - 01- 2024 ✓ |
|--------------------|------------------------|------------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | 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 Firma Director CESFAM | Timbre y Fir |
| Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA | Nombre: ILSE VERA GONZALEZ |



TURNOS SAPU /MES: ENERO 2024

| LUNES-VIERNES DIA | | LUNES-VIERNES NOCHE | | SAB. DOM. FESTIVO DIA | | SAB.DOM.FESTIVO NOCHE | |
|----------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|--------------------------|-------|
| DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS |
| | | | | 24/12 | 10 / | | |
| | | | | 30/12 | 16 / | | |
| | | | | 06/01 | 8 / | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

FUNCIONARIO:

MEDICA ILS
A. VERA
GONZALEZ

