



CORPORACION MUNICIPAL
La Serena

**256. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO
AGUIRRE CERDA**

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre | NICOLAS ANDRES CAMPOS PEÑALOZA |
| Profesión | MEDICO |
| Horas trabajadas | 60 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia médica | - |
| Periodo de informe (mes) | FEBRERO 2024 |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 1.174.484 |
|--------------|-----------|

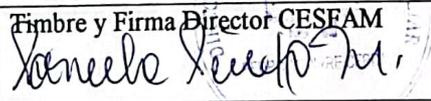
| | | |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 21-01-24 | HASTA: día - mes- año 20-02-24 |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

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.

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

| | |
|---|--|
| Timbre y Firma Director CESEAM  | Timbre y Firma prestador de servicio |
| Nombre: PAMELA PINTO MATURANA | Nombre: NICOLAS CAMPOS PEÑALOZA |