

**261. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA  
HENRIQUEZ**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo                          | Luis Amibal Tobar Duarte |
| Rut:                                     |                          |
| Profesión                                | MEDICO                   |
| Horas trabajadas                         | 80                       |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                        |
| Días licencia médica                     | 0                        |
| Fecha Informe                            | 18/03/2024               |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 1.588.864 |
| Nº BOLETA    | 54        |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| Marzo              | 21/02/2024            | 20/03/2024            |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES SEGUN 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 del ejecutor de las prestaciones | Timbre y Firma Director CESFAM     |
| Nombre: <u>Luis Tobar Duarte</u><br>Rut: _____  | Nombre: _____<br>Rut: _____        |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa            | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: _____<br>Rut: _____                     | Nombre: _____<br>Rut: _____        |