



INFORME JUSTIFICACION 2024

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	Polivio Adrián Narváez Medranda
Rut:	
Programa	URGENCIA SAPU CARDENAL CARO
Profesión	MEDICO

MONTO BOLETA	760.779
Nº BOLETA	271

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
FEBRERO	21-01-2024	20-02-2024

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

Por medio de la presente , justifico no haber realizado las boletas del mes de febrero ya que me encontraba fuera del país los días de entrega presencial de las boletas correspondientes del mes , por lo que entrego boletas este mes en curso.
Saludos Cordiales.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director
Nombre: Polivio Adrián Narváez M. Rut:	Nombre: Catalina Castillo Rut:



Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre:	Nombre: Rut:

**257. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL
CARO**

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	Polivio Adrián Narváez Medranda
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	39,5
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO BOLETA	760.779
Nº BOLETA	271

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21-01-2024	20-02-2024

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 del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESBAM
Nombre: Polivio Adrián Narváez M. Rut:	Nombre: Catalina Castillo Rut:



Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre:	Nombre: Rut: