

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

|                                          |                         |
|------------------------------------------|-------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO      |
| Nombre Completo                          | ISIDORA BENAVIDES VELIZ |
| Rut:                                     |                         |
| Profesión                                | MEDICO                  |
| Horas trabajadas                         | 12H ✓                   |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                       |
| Días licencia médica                     | 0                       |
| Fecha Informe                            | 18/04/2024 ✓            |

|              |             |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$219.204 ✓ |
| Nº BOLETA    | 36 ✓        |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| ABRIL 2024         | 21/3/2024 ✓           | 20/4/2024 ✓           |

**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<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM                                                                                                                                     |
| Nombre: ISIDORA BENAVIDES VELIZ<br>Rut:                                       | <br>CATALINA CASTILLO MIRANDA<br>DIRECTORA<br>CESFAM CARDENAL CARO<br>LA SERENA |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>        | <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>      |

**TURNOS SAPU /MES: ABRIL 2024**

[illegible]

**PRESTADOR: ISIDORA BENAVIDES VELIZ**

**FIRMA**