



258. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑIAS

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	CLAUDIA JIMENA PEREZ IBARRA
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	16
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	ABRIL 2024

MONTO BOLETA	331.504
N° BOLETA	128

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 03- 2024	HASTA: 20 - 04- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	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 (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 CESFAM
--	--------------------------------

Nombre: CLAUDIA PEREZ IBARRA Rut:	Nombre: Carolina Troncoso Rut: KINESIÓLOGA
--------------------------------------	---

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
--------------------------------------	------------------------------------

Nombre: Rut:	Nombre: Rut:
-----------------	-----------------

