CORPORACION MUNICIPAL La Serena	**253. INFORME MENSUAL DE GESTION** **REFUERZO SAPU**

Establecimiento	SAPU CIAS
Nombre Completo	Carla Ignacia Rojas Ruiz
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	18 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	MAYO 2024

MONTO BOLETA	**365586**
Nº BOLETA	**26**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
MAYO 2024	**21 de Abril de 2024**	**20 de mayo de 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. Jurídi	Timbre y Firma Directo
Nombre: Carla Ignacia Rojas Ruiz **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**

CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GUIÑEZ CESFAM-CIS-SAPU-AMBULANCIAS DIRECCIÓN

Carolina Troncoso Checcón
Kinesióloga

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