

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

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	ERICK REVOLLO MAMANI
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	07 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18-04-2024

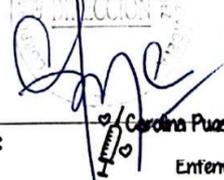
MONTO BOLETA	127869
Nº BOLETA	12

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

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 CESFAM
Nombre: Erick Revollo Mamani Rut:	 Nombre: Carolina Puaa Pichante Rut: Enfermera

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

 CORPORACION MUNICIPAL La Serena	INFORME JUSTIFICACION 2024
--	-----------------------------------

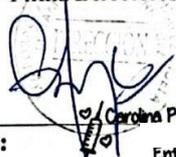
Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRRIQUEZ
Nombre Completo	ERICK REVOLLO MAMANI
Rut:	
Programa	APS URGENCIA SAR CRSH
Profesión	MEDICO

MONTO BOLETA	127869
Nº BOLETA	12

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

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

SE ACEPTA TURNO POSTERIOR A LA ENTREGA DE BOLETAS

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM  Carolina Puaa Pichuente Enfermera
Nombre: Erick Revollo Mamani Rut:	Nombre: Rut:

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