



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

| | |
|------------------------------------------|-------------------------------|
| Establecimiento | SAPU LAS COMPAÑIAS |
| Nombre Completo | JORGE RAFAEL CAMPUSANO CUADRA |
| Rut: | |
| Profesión | MEDICO |
| Horas trabajadas | 42 HORAS ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Fecha Informe | JUNIO 2024 ✓ |

| | |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$ 803994 ✓ |
| N° BOLETA | 830 ✓ |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21/05/2024 ✓ | 20/06/2024 ✓ |

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/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 |
| Nombre: JORGE CAM Rut: _____ | Nombre: _____ Rut: _____ |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Rut: _____ | Nombre: Rut: _____ |

