

221. INFORME MENSUAL DE GESTION CAMPAÑA INVIERNO

Establecimiento		CADIL HIAN DADI O II		
		SAPU JUAN PABLO II		
Nombre Completo		LUISA ELIZABETH CHIRIBOGA HUNGRÍA		
Rut:		-/-		
Profesión		MEDICO		
Horas trabajadas		16		
Días permiso administrativo o vacaciones				
Días licencia médica				
Fecha Informe		18-06-2024		
MONTO BOLETA	292.272	/		
Nº DE BOLETA	454			

MONTO BOLETA	292.272	
N° DE BOLETA	454	

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JUNIO	21-05-2024	20-06-2024

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.

	THE PART
Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: LUISA CHIRIBOGA HUNGRÍA	Nombre: Querice Pure ?
Rut:	Rut:
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:

	TU	JRNOS SA	PU JPII /	MES: JUNIO 2	024		
LUNES-VIERNES DIA		LUNES-VIERNES NOCHE		SAB. DOM. FESTIVO DIA		SAB.DOM.FESTIVO NOCHE	
DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS
23/05	4 /						
30/05	4 /						
06/06	4 /						
13/06	4 /						
	46						
		_					
	1						

PRESTADOR: LUISA CHIRIBOGA HUNGRÍA

FIRMA