



**221. INFORME MENSUAL DE GESTION  
CAMPAÑA INVIERNO REFUERZO SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA**

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA        |
| Nombre Completo                          | DARWIN ALEXANDER RODRIGUEZ MEGO |
| Rut:                                     |                                 |
| Profesión                                | MEDICO                          |
| Horas trabajadas                         | 15 ✓                            |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                               |
| Días licencia médica                     | 0                               |
| Fecha Informe                            | 18-06-2024 /                    |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 274.005 / |
| Nº BOLETA    | 462 /     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JUNIO 2024         | 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.**

|   |  |
|---|--|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)<br><br><b>Nombre:</b> DARWIN ALEXANDER RODRIGUEZ MEGO<br><br><b>Rut:</b> | Timbre y Firma Directora CESFAM<br><br><b>Nombre:</b> EU. Lizette Andrea Ledezma Gallardo<br><br><b>Rut:</b> |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br><br><b>Nombre:</b> EU. DANIELA ANDREA BASTÍAS GONZÁLEZ<br><br><b>Rut:</b> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br><br><b>Nombre:</b> TS. RODRIGO ANDRES FERNANDEZ ZUMARAN<br><br><b>Rut:</b> |
|---|--|