

|   |  |
|---|--|
|  | <b>253. INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>REFUERZO SAPU</b> |
|---|--|

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU (CARDENAL CARO)          |
| Nombre Completo                          | RAFAEL ALBERTO CATALAN ZAPICO |
| Rut:                                     |                               |
| Profesión                                | MEDICO ✓                      |
| Horas trabajadas                         | 16HORAS ✓                     |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                             |
| Días licencia médica                     | 0                             |
| Fecha Informe                            | 18/07/2024 ✓                  |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 316.792 |
| Nº BOLETA    | 147 ✓   |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21/06/2024            | 20/07/2024 ✓          |

**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<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM               |
| Nombre: <b>RAFAEL CATALAN ZAPICO</b><br>Rut:                                  | Nombre: <i>Francisco Valdebenito</i><br>Rut: |



|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre:<br>Rut:                      | Nombre:<br>Rut:                    |