



**253. INFORME MENSUAL DE GESTION  
REFUERZO SAPU**

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU Pedro Aguirre Cerda     |
| Nombre Completo                          | Ilse Alejandra Vera Gonzalez |
| Rut:                                     |                              |
| Profesión                                | MEDICO                       |
| Horas trabajadas                         | 25                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | No                           |
| Días licencia médica                     | No                           |
| Fecha Informe                            | 18 Agosto 2024               |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 517.975 |
| Nº BOLETA    | 273     |

|                                   |                         |                          |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| PERIODO DE INFORME<br>AGOSTO 2024 | DESDE: 21 - Julio- 2024 | HASTA: 20 - Agosto- 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<br>(P. Natural o P.    | es | Timbre y Firma Director CESFAM   |
| Nombre: Ilse A. Vera Gonzalez<br>Rut: |    | Nombre: Juan Diego Muñoz<br>Rut: |

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



