

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

|                                          |                            |
|------------------------------------------|----------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA   |
| Nombre Completo                          | IVAN RAFAEL CASTILLO NUÑEZ |
| Rut:                                     |                            |
| Profesión                                | MEDICO                     |
| Horas trabajadas                         | 12 /                       |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                          |
| Días licencia médica                     | -                          |
| Fecha Informe                            | 19-08-2024                 |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 219.204 |
| N° BOLETA    | 183     |

|                    |                     |                     |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21- 07- 2024 | HASTA: 20- 08- 2024 |
| AGOSTO             |                     |                     |

**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<br>(P. Nat)                  | es Timbre y Firma Director CESFAM       |
| Nombre: Ivan Castillo Nuñez<br>Rut: | Nombre: Lizette Ledezma Gallardo<br>Rut |

|                                                        |                                    |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                   | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| <b>Nombre: Daniela Bastias González</b><br><b>Rut:</b> | <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>      |