CORPORACION MUNICIPAL La Serena	**253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU**

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	FRANCISCO JAVIER ANDRES HOYOS BACHILOGLU
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	11 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia médica	NA
Fecha Informe	SEPTIEMBRE 2024

MONTO BOLETA	**213.197**
Nº BOLETA	**79**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
SEPTIEMBRE 2024	**21-08-24**	**20-09-24**

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, **las en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica** de cada usuario/a (electrór ealidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensit contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

Timbre y firma del ej ıral o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Francisco **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**
Timbre y Firma Coord	Timbre y Firma Jefe D
Nombre: **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**

Carolina Troncoso Checcón
Kinesióloga

CORPORACION MUNICIPAL La Serena	INFORME JUSTIFICACION 2024

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	FRANCISCO JAVIER ANDRES HOYOS BACHILOGLU
Rut:	
Programa	SAPU LAS COMPAÑIAS
Profesión	MEDICO

MONTO BOLETA	**213.197**
Nº BOLETA	**79**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
SEPTIEMBRE 2024	**21-08-24**	**20-09-24**

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

No fue posible realizar cobro de boleta dado que durante periodo de emisión, no me encontraba en el país.

Timbre y firma del ejecutc (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Francisco Hoyc **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**

CESFAM LAS COMPAÑIAS
DIRECCIÓN
Carolina Troncoso Checcón
Kinesióloga

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**

TURNOS SAPU /MES: SEPTIEMBRE 2024

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
28/8	3			24/8	5		
29/8	3						

PRESTADOR: FRANCISCO HOYOS BACHILOGLU

FIRMA

CORPORACION MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA
CESFAM LAS COMPAÑAS
DIRECCIÓN