

|                                                                                   |                                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <b>258. INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS<br/>COMPAÑIAS</b> |  |
|                                                                                   |                                                                                        |  |

|                                          |                      |
|------------------------------------------|----------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑIAS   |
| Nombre Completo                          | LILIANA VALOR FLORES |
| Rut:                                     |                      |
| Profesión                                | MÉDICO               |
| Horas trabajadas                         | 46.5 HRS             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                  |
| Días licencia médica                     | N/A                  |
| Fecha Informe                            | NOVIEMBRE ✓          |

|              |          |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | 929106 ✓ |
| Nº BOLETA    | 128 ✓    |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 01/11/2024 ✓          | 30/11/2024 ✓          |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|------------------------------------------------|

| 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>(D. Nombre y D. Profesión)                                                                                               | Timbre y Firma Director CESFAM<br><br><b>Carolina Trancoso Checcón</b><br>Kinesióloga |
| Nombre: Liliana Valor Flores<br>Rut:                                                                                                                                        | Nombre:<br>Rut:                                                                                                                                                           |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br><br><b>Daniela Bastías González</b><br>Enfermera | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br><br><b>[Firma]</b>                              |
| Nombre:<br>Rut:                                                                                                                                                             | Nombre:<br>Rut:                                                                                                                                                           |