



253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

| | |
|--|---------------------------|
| Establecimiento | SAPU LAS COMPAÑIAS |
| Nombre Completo | CRISTIAN KESTERNICH PEREZ |
| Rut: | |
| Profesión | MEDICO |
| Horas trabajadas | 12 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia médica | N/A |
| Fecha Informe | DICIEMBRE 2024 |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 219.204 |
| Nº BOLETA | 242 |

| | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01- 12- 2024 | HASTA: 31- 12- 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 sa

| | | |
|--------------------------------|---------|--|
| Timbre y firma Natural o P. Ju | ies (P. | Timbre y Firma Director CESFAM Carolina Troncoso Checcón |
| Nombre: Cris Rut: | | Nombre: Rut: Kinesióloga |

| | |
|--|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Rut: Daniela Bastias González Enfermera | Nombre: Rut: |