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

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	DANIEL RODRIGUEZ CARVAJAL
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	6
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Fecha Informe	31/01/2025

MONTO BOLETA	**109.602**
Nº BOLETA	**116**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
ENERO	**01/01/2025**	**31/01/2025**

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 y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Na	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: DANIEL RODRIGUEZ CARVAJAL **Rut:**	**Nombre: CATALINA CASTILLO** **Rut:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
COORDINADOR DEPTO. SALUD DANIELA BASTIAS GONZALEZ **Nombre:** Daniela Bastias González Enfermera **Rut:**	CORP. MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ V. DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN **Nombre:** **Rut:**