



**259. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO  
SCHAFFHAUSER ACUÑA**

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | José Ignacio Pardo López         |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | MEDICO                           |
| Horas trabajadas                         | 69 horas                         |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                                |
| Días licencia médica                     | -                                |
| Fecha Informe                            | 30-04-2025                       |

|              |                  |
|--------------|------------------|
| MONTO BOLETA | <b>1.378.119</b> |
|              | <b>141</b>       |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | <b>01-04-2025</b>     | <b>30-04-2025</b>     |

**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 Salud de cuidados en salud.**

|  |  |
|--|--|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director                      |
|  | <br><b>DIRECCION</b>                         |
| Nombre: <b>Dr. José Pardo</b>  | Nombre: <b>E. U. CLAUDIA GALLARDO CORTÉS</b> |
| Rut:   | Rut: <b>15.825.510-5</b>                     |

|   |  |
|---|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa    | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud           |
| <br>                                    | <br>   |
| Nombre: <b>Daniela Bastías González</b> | Nombre: <b>E. U. CLAUDIA GALLARDO CORTÉS</b> |
| Rut: <b>15.825.510-5</b>                | Rut: <b>15.825.510-5</b>                     |