

| | |
|-------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION COD 221CAMPAÑA INVIERNO MEDICO |
|-------------------------------|--|

| | |
|--|---------------------|
| Establecimiento | SAPU JUAN PABLO II |
| Nombre | Andrés Araneda Díaz |
| Profesión | MEDICO |
| Horas trabajadas | 4 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | ABRIL |

| | |
|--------------|--------------|
| MONTO BOLETA | 73068 |
|--------------|--------------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 01/04/2025 | 30/04/2024 |

| |
|--|
| 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 salud.

| | |
|---|---|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: Andrés Arañeda Díaz Rut: | Nombre: Juan Diego Muñoz Ossandon Rut: |
| Timbre y Firma Director CESEAM | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa |
| Nombre Rut: | Nombre Rut: Daniela Bastias Gonzalez Enfermera |