



CORPORACION MUNICIPAL
Cajón Córdoba - Valparaíso
La Serena

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

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	Eduardo Ruy-Pérez Jordán
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	59
Días permiso administrativo o vacaciones	.
Días licencia médica	.
Fecha Informe	00/04/2025

MONTO BOLETA	1.136.601
Nº BOLETA	54

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

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 CISEAM E.U. CLAUDIA GALLARDO CORTÉS DIRECTORA
Nombre: Eduardo Ruy-Pérez Jordán Rut:	Nombre: _____ Rut: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa Daniela Bastías González Enfermera	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud RAFAEL GONZALEZ
Nombre: _____ Rut: _____	Nombre: _____ Rut: _____