

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

| | |
|--|-----------------------------|
| Establecimiento | SAPU JUAN PABLO II |
| Nombre | Julia Catalina Reyes Guzmán |
| Profesión | Médico |
| Horas trabajadas | 4 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | Abril |

| | |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | \$73.068 |
| N° DE BOLETA | 31 |

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

| |
|--|
| 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. Natural o P Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM |
|--|--------------------------------|

| | |
|--|---|
| | |
| Nombre: Julia Catalina Reyes Guzmán Rut: | Nombre: Tasha Dora Hincapié Rut: |
| Timbre y Firma Director CESFAM | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa |
| Nombre: Daniela Bastias González Rut: Enfermera | Nombre: Rut: |

