

**257. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL  
CARO**

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO          |
| Nombre Completo                          | JULIA CATALINA REYES GUZMÁN |
| Rut:                                     |                             |
| Profesión                                | MÉDICO                      |
| Horas trabajadas                         | 24 HRS ✓                    |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                           |
| Días licencia médica                     | 0                           |
| Fecha Informe                            | 30/04/2025                  |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$478.867 |
| Nº BOLETA    | 27 ✓      |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: Julia Reyes Guzmán  | Nombre: <i>[Firma]</i>         |
| Rut:  | Rut:                           |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Daniela Bastias González     | Nombre: <i>[Firma]</i>             |
| Rut:                                 | Rut:                               |