

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

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | MARCELO JAVIER BRAVO CORTES      |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | MEDICO                           |
| Horas trabajadas                         | 30 HRS                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | n/a                              |
| Días licencia médica                     | n/a                              |
| Fecha Informe                            | 30 DE JUNIO 2025                 |

|              |        |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 587242 |
| Nº BOLETA    | 43     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 01-06-2025            | 30-06-2025            |

**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 CESFAMILIA |
| <b>Nombre: Marcelo Bravo Cortes</b>  | <b>Nombre: DR. E. SCHAFFHAUSER</b> |
| <b>Rut:</b>  | <b>Rut:</b>                        |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa    | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| <b>Nombre: Daniela Bastías González</b> | <b>Nombre:</b>                     |
| <b>Rut:</b>                             | <b>Rut:</b>                        |