



**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 | 59,5 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia médica | - |
| Fecha Informe | 30/06/2025 |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 1.144.509 |
| N° BOLETA | 58 |

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

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 CEFAM |
| Nombre: Eduardo Ruy-Pérez Jordán Rut: 19.309.326-4 | Nombre: Rut: |

| | |
|------------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: DANIELA BASTÍAS GONZÁLEZ Rut: | Nombre: Rut: |

Daniela Bastías González

