



**256. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO  
AGUIRRE CERDA**

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	JULIA CATALINA REYES GUZMÁN
Rut:	
Profesión	MÉDICO
Horas trabajadas	78 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	30/06/2025

MONTO BOLETA	\$1.544.974
Nº BOLETA	43

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
Junio	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 CESFAM
---	--------------------------------



*[Handwritten signature]*

<b>Nombre:</b> Julia Reyes Guzmán <b>Rut:</b>	<b>Nombre:</b> Lidette Ledezma Cárdenas <b>Rut:</b>



<b>Timbre y Firma Coordinadora Programa</b> <i>[Handwritten signature]</i>	<b>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</b> <i>[Handwritten signature]</i>
<b>Nombre:</b> Daniela Bastías González <b>Rut:</b>	<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>



Daniela Bastías González  
Enfermera