



**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                         | 14 HRS                      |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                           |
| Días licencia médica                     | 0                           |
| Fecha Informe                            | 30/06/2025                  |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$272.902 |
| Nº BOLETA    | 45        |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESPAM |
|---|--------------------------------|

*Fernanda Nuñez Cifuentes*





|  |                               |
|--|-------------------------------|
|  |                               |
| <b>Nombre:</b> Julia Reyes Guzmán<br><b>Rut:</b> | <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b> |

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

Daniela Bastias González  
- enfermera