

## 253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

|                                          |                                 |
|------------------------------------------|---------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO              |
| Nombre Completo                          | Polivio Adrián Narváez Medranda |
| Rut:                                     |                                 |
| Profesión                                | MEDICO                          |
| Horas trabajadas                         | 6 ✓                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                               |
| Días licencia médica                     | -                               |
| Fecha Informe                            | 30/06/2025 ✓                    |

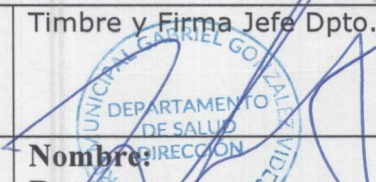
|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 109.602 ✓ |
| N° BOLETA    | 328 ✓     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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<br>(P. Natural o P. Jurídica)                                           | Timbre y Firma Director CESFAM                                                                       |
| Nombre: Polivio Adrián Narváez M.<br>Rut:                                                                               | Nombre: <br>Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                                                    | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                                   |
| Nombre: <br>Daniela Bastías González | Nombre: <br>Rut: |