



CORPORACION MUNICIPAL
La Serena

253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑÍAS
Nombre	AMANDA CAMPOS TRONCOSO
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	18
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Periodo de informe (mes)	ENERO 2024

MONTO BOLETA	365.586
--------------	---------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 12- 2023	HASTA: 20 - 01- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

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.

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

SE COBRA BOLETA ANTERIOR DEL MES DE ENERO DE 2024 POR ERROR DE DIGITACIÓN, BOLETA ANULADA EN SISTEMA

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

SE COBRA BOLETA ANTERIOR DEL MES DE ENERO DE 2024 POR ERROR DE DIGITACIÓN, BOLETA ANULADA EN SISTEMA



Nombre: *[Firma]* Directora G.E.S.P.A.M

Enfermera

Timbre y Firma prestador de servicio

Nombre:

Nombre: **AMANDA CAMPOS TRONCOSO**