

**253. INFORME MENSUAL DE GESTION  
REFUERZO SAPU**

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA     |
| Nombre Completo                          | IGNACIO ANDRÉS PÉREZ AGUILAR |
| Rut:                                     |                              |
| Profesión                                | MÉDICO                       |
| Horas trabajadas                         | 12                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                              |
| Días licencia médica                     |                              |
| Fecha Informe                            | 18-07-24                     |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 229.012 |
| N° BOLETA    | 34      |

|                    |            |            |
|--------------------|------------|------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE:     | HASTA:     |
| JUNIO              | 21-06-2024 | 20-07-2024 |

**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.

Timbre y firma del ejecutor  
(P. Natural o P. Jurídica)



**Nombre:** Ignacio Pérez Aguilar

**Rut:**

Timbre y Firma Director CESFAM



**Nombre:** Lizette Ledezma Gallardo

**Rut:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

**Nombre:** Daniela Bastías González

**Rut:**

**Nombre:**

**Rut:**