

## 221. INFORME MENSUAL DE GESTION CAMPAÑA INVIERNO

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CIAS                |
| Nombre Completo                          | Javiera Paz Pérez Cortés |
| Rut:                                     |                          |
| Profesión                                | MEDICO                   |
| Horas trabajadas                         | 8 ✓                      |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                        |
| Días licencia médica                     | 0                        |
| Fecha Informe                            | Julio 2024 ✓             |


|              |             |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$146.136 ✓ |
| N° DE BOLETA | 5 ✓         |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| Julio 2024         | 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 de las prestaciones<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM<br><br>Francisca Arredondo L.<br>Nutricionista |
| Nombre: Javiera Pérez Cortés<br>Rut:  | Nombre:<br>Rut:   |

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

### TURNOS SAPU /MES: Julio 2024

| LUNES-VIERNES DIA |       | LUNES-VIERNES NOCHE |       | SAB. DOM. FESTIVO DIA |       | SAB.DOM.FESTIVO NOCHE |       |
|-------------------|-------|---------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| DIA/MES           | HORAS | DIA/MES             | HORAS | DIA/MES               | HORAS | DIA/MES               | HORAS |
| 04-07-2024        | 4     |                     |       |                       |       |                       |       |
| 09-07-2024        | 4     |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |
|                   |       |                     |       |                       |       |                       |       |

PRESTADOR:  
Javiera Pérez Cortés  
FIRMA

