

|                                          |                              |
|------------------------------------------|------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑIAS           |
| Nombre Completo                          | MARIA EUGENIA CARIOLA CORTES |
| Rut:                                     |                              |
| Profesión                                | TENS                         |
| Horas trabajadas                         | 37 HRS                       |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                          |
| Días licencia médica                     | N/A                          |
| Fecha Informe                            | NOVIEMBRE 2024               |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 223.785 |
| Nº BOLETA    | 394     |

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-11-2024 | HASTA: 30-11-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA                                                                                                                                 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Realizar todas aquellas acciones de salud que le sean solicitadas, de acuerdo a las normas preestablecidas, por el profesional médico o profesional no médico según sea el caso. |
| 2  | Cumplir con indicaciones Médicas y de Enfermería                                                                                                                                 |
| 3  | Atiende consultas de familiares de los pacientes a cargo.                                                                                                                        |
| 4  | Colabora en procedimientos médicos y no médicos.                                                                                                                                 |
| 5  | Se responsabiliza y colabora en el cuidado de los insumos y bienes del centro de salud.                                                                                          |
| 6  | Controlar al paciente y consignar signos vitales y evaluar urgencia de necesidad de notificar al médico o profesional de llamada según protocolo de atención.                    |
| 7  | Realizar aseo y confort del paciente en caso de ser necesario                                                                                                                    |
| 8  | Revisar y mantener cabina sanitaria del vehículo de emergencia                                                                                                                   |

**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 _____<br>aciones (P. Natural o P. Jurídica)                                                                                                                  | Timbre y Firma Director CESFAM<br><br><b>Carolina Troncoso Checcón</b><br>Kinesióloga |
| Nombre: MARIA EUGENIA CARIOLA CORTES<br>Rut: _____                                                                                                                          | Nombre: _____<br>Rut: _____                                                                                                                                               |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br><br><b>Daniela Bastías González</b><br>Enfermera | Timbre y Firma Jefe de Servicio<br><br><b>Daniela Bastías González</b><br>Enfermera  |
| Nombre: _____<br>Rut: _____                                                                                                                                                 | Nombre: _____<br>Rut: _____                                                                                                                                               |