CORPORACION MUNICIPAL La Serena	**258. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑÍAS**

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	FELIX ROA GUTIERREZ
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	7 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	N/C
Días licencia médica	N/C
Fecha Informe	OCTUBRE 2024

MONTO BOLETA	**40355**
Nº BOLETA	**955**

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21/10/2024	HASTA: 31/10/2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	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 medico 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 de ones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM DIRECCIÓN Carolina Troncoso Checcón Kinesióloga
Nombre: FELIX ROA GUTIERREZ **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa COORDINADOR DEPTO. SALUD DANIELA GONZÁLEZ VIDELA Daniela Bastías González Enfermera	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN
Nombre: **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**