

|                                                                                   |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|  | <b>253. INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>REFUERZO SAPU</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                          |                     |            |
|------------------------------------------|---------------------|------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO  |            |
| Nombre Completo                          | Robert Molina Bravo |            |
| Rut:                                     |                     |            |
| Profesión                                | TENS                |            |
| Horas trabajadas                         | 7HRS                |            |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                 |            |
| Días licencia médica                     | N/A                 |            |
| Fecha Informe                            | 30/11/2024          |            |
| MONTO BOLETA                             | \$43.630.           |            |
| Nº BOLETA                                | 98                  |            |
| PERIODO DE INFORME                       | 21 /10/2024         | 31/10/2024 |

**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 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 fi<br>(P. Natural)          | estaciones | Timbre y Firma Director CESFAM     |
| Nombre: Robert Molina Bravo          |            | Nombre: Val de Lente Abume         |
| Rut:                                 |            | Rut:                               |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa |            | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Daniela Bastías González     |            | Nombre:                            |
| Rut: Enfermera                       |            | Rut:                               |