

## INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑIAS

|                                          |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑIAS                |
| Nombre Completo                          | EMILIA SOLANGE INOSTROZA MARTINEZ |
| Rut:                                     |                                   |
| Profesión                                | TENS                              |
| Horas trabajadas                         | 53                                |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                               |
| Días licencia médica                     | N/A                               |
| Fecha Informe                            | NOVIEMBRE 2024                    |
| MONTO BOLETA                             | 326505                            |
| Nº BOLETA                                | 264                               |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| septiembre         | 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 firma del ejecutor de las prestaciones<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM                        |
| Nombre: EMILIA INOSTROZA MARTINEZ<br>Rut:                                     | Nombre: Carolina Troncoso Checcón<br>Rut: Kinesióloga |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                          | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                    |
| Nombre: Daniela Bastías González<br>Enfermera                                 | Nombre:                                               |