

|                                          |                              |
|------------------------------------------|------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO           |
| Nombre Completo                          | AARON GUILLERMO ROJAS ACOSTA |
| Rut:                                     |                              |
| Profesión                                | TENS                         |
| Horas trabajadas                         | 07                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA                    |
| Días licencia médica                     | NO APLICA                    |
| Fecha Informe                            | 30/11/2024                   |

|              |            |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$44.940.- |
| N° BOLETA    | 262        |

|                    |                                     |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año<br>21/10/2024 | HASTA: día - mes- año<br>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 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 mantener actualizado el registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la tr

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y firma de<br>Jurídica)                                                                                                                                          | Timbre y Firma Director CESFAM<br><br>Nombre: CATALINA CASTILLO<br>Rut: 15035762-3 |
| Nombre: AARON GUILLERMO ROJAS ACOSTA<br>Rut:                                                                                                                            | Nombre: CATALINA CASTILLO<br>Rut: 15035762-3                                                                                                                           |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br><br>Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ<br>Rut: | Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud<br><br>Nombre:<br>Rut:                         |