



**253. INFORME MENSUAL DE GESTION
REFUERZO SAPU**

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑÍAS
Nombre	PAOLA CECILIA OLMOS CHINGA
Profesión	TENS
Horas trabajadas	12
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Periodo de informe (mes)	DICIEMBRE

MONTO BOLETA	69.180
--------------	--------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/11/2023	20/12/2023

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.

 <p>Timbre y Firma Director</p>	<p>Timbre y Firma prestador de servicio</p>
<p>Nombre: <i>[Firma]</i></p>	<p>Nombre: <i>Paola Olmos Chinga</i></p>