

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | <b>258. INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS<br/>COMPAÑIAS</b> |
|-------------------------------|--|

|  |                     |
|--|---------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑIAS  |
| Nombre                                   | FELIX ROA GUTIERREZ |
| Profesión                                | TENS                |
| Horas trabajadas                         | 62 Hrs.             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/C                 |
| Días licencia médica                     | N/C                 |
| Periodo de informe (mes)                 | DICIEMBRE2023.      |


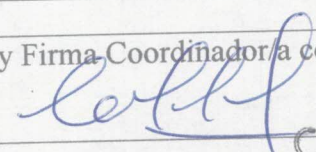
|              |               |
|--------------|---------------|
| MONTO BOLETA | <b>388870</b> |
|--------------|---------------|

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año<br><b>21-11-2023</b> | HASTA: día - mes- año<br><b>20-12-2023</b> |
|--------------------|--|--|

**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.**

|  |   |
|--|---|
| FIRMA  |   |
| FECHA INFORME  | 18-12-2024  |
|  Timbre y Firma Director CESFAM | <br>Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa |
| Nombre: <b>ENFERMERA</b>   | Nombre:   |