

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | <b>219. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br/>AMPLIACIÓN DE LOS HORARIOS DE URGENCIA</b> |
|-------------------------------|---|

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CIAS.                        |
| Nombre                                   | EMILIA SOLANGE INOSTROZA MARTINEZ |
| Profesión                                | TENS                              |
| Horas trabajadas                         | 5Hrs.                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/C                               |
| Días licencia médica                     | N/C                               |
| Periodo de informe (mes)                 | DICIEMBRE 2023                    |

|              |               |
|--------------|---------------|
| MONTO BOLETA | <b>32.100</b> |
|--------------|---------------|


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

|  |
|--|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|--|

| 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.

|               |            |
|---------------|------------|
| FECHA INFORME | 18-12-2023 |
|---------------|------------|

|                         |   |                          |      |
|-------------------------|---|--------------------------|------|
| Timbre y Firma Director | <br>Libertad Ledezma Gallardo<br>ENFERMERA | Timbre y Firma prestador | icio |
|-------------------------|---|--------------------------|------|

|         |  |
|---------|--|
| Nombre: | Nombre: <b>EMILIA INOSTROZA MARTINEZ</b> |
|---------|--|