



## 260 INFORME MENSUAL DE GESTION DE PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II

|  |                      |
|--|----------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II ✓ |
| Nombre                                   | ITALIER CORTES ROJAS |
| Profesión                                | CONDUCTOR ✓          |
| Horas trabajadas                         | 75 ✓                 |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                      |
| Días licencia médica                     |                      |
| Periodo de informe (mes)                 | DICIEMBRE ✓          |

|              |            |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$374640 ✓ |
|--------------|------------|

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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.

|                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| FIRMA                          |                              |
| FECHA INFORME                  | 18/12/2023                   |
| Timbre y Firma Director CESRAM | Firma Prestador de Servicios |
| Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA   | Nombre: ITALIER CORTES ROJAS |

