

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

| | |
|--|-----------------------------------|
| Establecimiento | SAPU (NOMBRE SEGUN CORRESPONDA) |
| Nombre | JUANA MARCELA SANTANDER VILLAGRAN |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 5 ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | ENERO |


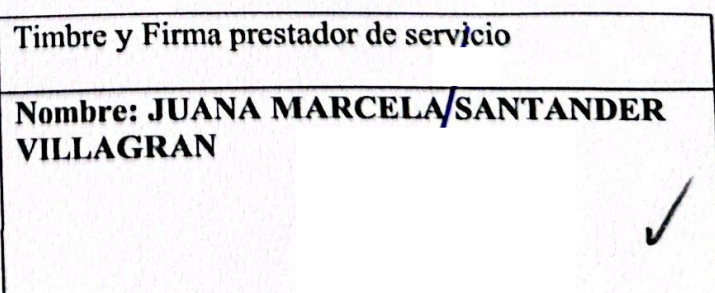
| | |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | 32.100 ✓ |
|--------------|----------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 12 - 2023 | HASTA: 20 - 01 - 2024 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGUN 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 un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

| | |
|--|---|
| Timbre y Firma Director CESFAM | Timbre y Firma prestador de servicio |
| <p>Nombre: CATALINA CASTILLO</p>  | <p>Nombre: JUANA MARCELA/SANTANDER VILLAGRAN</p>  |