

|   |  |
|---|--|
|  | <b>253. INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>REFUERZO SAPÚ</b> |
|---|--|

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑÍAS                |
| Nombre                                   | EMILIA SOLANGE INOSTROZA MARTINEZ |
| Profesión                                | TENS                              |
| Horas trabajadas                         | 35 HRS ✓                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                               |
| Días licencia médica                     | N/A                               |
| Periodo de informe                       | FEBRERO 2024                      |

|              |          |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | 214875 ✓ |
|--------------|----------|

|                    |                   |                     |
|--------------------|-------------------|---------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-01-2024 | HASTA: 20-02-2024 ✓ |
|--------------------|-------------------|---------------------|

**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 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 asco 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  <br>Enfermera | Timbre y Firma prestador de servicio<br><br>Nombre: EMILIA ROZA MARTINEZ |
|---|--|

