

## 253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

|                                          |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II LA SERENA      |
| Nombre Completo                          | CLAUDIA JOHANA HENRIQUEZ VALDIVIA |
| Rut:                                     |                                   |
| Profesión                                | TENS                              |
| Horas trabajadas                         | 17 HRS                            |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                 |
| Días licencia médica                     | 0                                 |
| Fecha Informe                            | 18-04-2024                        |

|              |        |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 101280 |
| Nº BOLETA    | 467    |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21-03-2024            | 20-04-2024            |

### 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 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.

|                                                 |                                      |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones | Timbre y Firma Director CESFAM       |
| Nº VALDIVIA<br>Rut:                             | Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA<br>Rut: |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre:<br>Rut:                      | Nombre:<br>Rut:                    |

[illegible]

A

**FIRMA**