

**258. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑIAS**

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	EMILIA SOLANGE INOSTROZA MARTINEZ
Rut:	[REDACTED]
Profesión	TENS
Horas trabajadas	1.5
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	ABRIL 2024

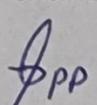
MONTO BOLETA	8647
N° BOLETA	229

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
MARZO 2024	21/02/2024	20/03/2024

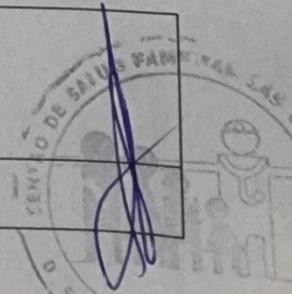
**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	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 (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: EMILIA INOSTROZA MARTINEZ Rut: [REDACTED]	 <b>Carolina Troncoso Ch.</b> <b>KINESIÓLOGA</b> Rut: [REDACTED]

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:



**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2024**

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	EMILIA INOSTROZA MARTINEZ
RUT	[REDACTED]
Programa	SAPU
Profesión	TENS
Fecha de informe	MARZO 2024

Numero de Boleta	229
Monto Boleta	8647

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/02/2024	20/03/2024

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**

**COBRO ATRASADO DIA 20 MARZO 2024 MOTIVO BOLETAS YA EMITIDAS**

---

---

---

---

---

---

---

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p>Carolina [REDACTED] Ch. KINESIOLOGA R.U.T: [REDACTED]</p>
<p><b>Nombre Completo: EMILIA INOSTROZA</b> <b>RUT: [REDACTED]</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

