| CORPORACION MUNICIPAL La Serena | **253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU** |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | YESSENIA ELIZABETH ARAYA VILLARROEL |
| Rut: | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 6 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia médica | - |
| Fecha Informe | 18/04/24 |

| | |
|---|---|
| MONTO BOLETA | **34590** |
| N° BOLETA | **429** |

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|---|---|---|
| | **21-03-24** | **20-04-24** |

**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 ( | Timbre y Firma Director CESFAM |
|---|---|
| **Nombre:** YESSENIA ARAYA VILLARROEL<br>**Rut:** | **Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO**<br>**Rut:** |

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