

## 253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

|                                          |                         |
|------------------------------------------|-------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO      |
| Nombre Completo                          | GABRIELA OLIVOS PAREDES |
| Rut:                                     |                         |
| Profesión                                | TENS                    |
| Horas trabajadas                         | 3                       |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NA                      |
| Días licencia médica                     | NA                      |
| Fecha Informe                            | 18/04/2024              |

|              |       |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 17295 |
| Nº BOLETA    | 94    |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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 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 d<br>(P. Natural o P. J | s prestaciones | Timbre y Firma Director CESFAM                                              |
| Nombre: GABRIELA OLIVOS PAREDES        |                | CATALINA CASTILLO MIRANDA<br>DIRECTORA<br>CESFAM CARDENAL CARO<br>LA SERENA |
| RUT:                                   |                | Nombre:<br>Rut:                                                             |

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

TURNOS SAPU /MES: ABRIL

[illegible]

**PRESTADOR:**  
**GABRIELA OL**  
**PAREDES**  
**FIRMA:**

A handwritten signature in blue ink is written across a circular official stamp. The signature is stylized and appears to be 'C. J. M.'. The stamp is faint and contains text in a circular arrangement, likely an official seal or stamp of an institution.