

**253. INFORME MENSUAL DE GESTION**  
**REFUERZO SAPU**

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	EDUARDO ALFONSO DIAZ SEIDA
Rut:	
Profesión	IIENS
Horas trabajadas	19 HRS
Dias permiso administrativo o vacaciones	0 DIAS
Dias licencia médica	0 DIAS
Fecha Informe	18 - 05 - 2024

MONTO BOLETA	116085
N° BOLETA	34

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21 - 04 - 2024	20 - 05 - 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 CLSIFAM
Nombre: EDUARDO ALFONSO DIAZ SEIDA	Nombre: <i>Diaz Seida</i>
Rut:	Rut: <i>11.608.500-3</i>

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