

**261. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA  
HENRIQUEZ**

|                                          |                              |
|------------------------------------------|------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ     |
| Nombre Completo                          | ELIZABETH CECILIA SOTO LAGOS |
| Rut                                      |                              |
| Profesion                                | TENS                         |
| Horas trabajadas                         | 81 HORAS                     |
| Dias permiso administrativo o vacaciones |                              |
| Dias licencia médica                     |                              |
| Fecha Informe                            | 18/05/2024                   |

MONTO BOLETA 525 785

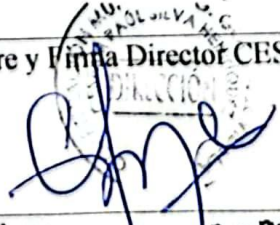
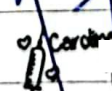
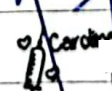
N° BOLETA 105

|                    |                                     |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año<br>21/04/2024 | HASTA: día - mes- año<br>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 registra en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al Progre**  
Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratars información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuada cuidados en salud.

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM<br>                                                                                   |
| Nombre: ELIZABETH SOTO LAGOS<br>Rut:                                          | Nombre: <br>Rut: <br>Enfermera |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                          | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                                                                                                                                       |
| Nombre:<br>Rut:                                                               | Nombre:<br>Rut:                                                                                                                                                                                          |