

## 253. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA APOYO A LA GESTION LOCAL DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑIAS

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	FELICIANO TABILO CARVAJAL
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	<b>5 HORAS</b>
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia médica	NO APLICA
Fecha Informe	JUNIO 2024

MONTO BOLETA	<b>\$ 32.100</b>
Nº BOLETA	<b>569</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 05- 2024	HASTA: 20 - 06- 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 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 CSFAM
Nombre: <b>FELICIANO TABILO C.</b> Rut:	Nombre: <b>Carolina Troncoso Checcón</b> Rut: Kinesióloga
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:

