

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO      |
| Nombre Completo                          | ELIZABETH OSORIO CHAVEZ |
| Rut                                      |                         |
| Profesión                                | TENS                    |
| Horas trabajadas                         | 78                      |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                       |
| Días licencia médica                     | 0                       |
| Fecha Informe                            | 18 DE JUNIO             |

|              |        |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 491590 |
| N° BOLETA    | 293    |

|                    |                      |                     |
|--------------------|----------------------|---------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 05- 2024 | HASTA: 20- 06- 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 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, donde contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

|   |   |
|---|---|
| Timbre y firma del Representante Legal (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM  |
| Nombre: ELIZABETH OSORIO<br>Rut:                                  | <br><b>CATALINA CASTILLO MIRANDA</b><br>DIRECTORA<br>CESFAM CARDENAL CARO<br>LA SERENA |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                              | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  |
| Nombre:<br>Rut:   | Nombre:<br>Rut:   |

