



CORPORACIÓN MUNICIPAL
La Serena

**256. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO
AGUIRRE CERDA**

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	MARCELO ULISES OLIVARES COBS
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	52 /
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Fecha Informe	18/06/2024 /

MONTO BOLETA	\$ 310260 /
Nº DE BOLETA	131

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JUNIO	21/05/2024	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.

es	Timbre y Firma Director CESFAM
----	--------------------------------

Nombre: MARCELO OLIVARES COBS Rut: .	Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO Rut:
-----------------------------------------	------------------------------------------

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
--------------------------------------	------------------------------------

Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ Rut:	Nombre: Rut:
------------------------------------------	-----------------