| CORPORACION MUNICIPAL La Serena | **253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU** |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Establecimiento | SAPU CESFAM JUAN PABLO II |
| Nombre Completo | Yenifer Estefania Echeverría Toro |
| Rut: | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 11 hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Fecha Informe | 18-06-2024 |

| | |
|---|---|
| MONTO BOLETA | **$66.690** |
| Nº BOLETA | **119** |

| | | |
|---|---|---|
| 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 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 e estaciones (P. Natural o P. Jurid | Timbre y Firma Director CESFAM |
| **Nombre: Yenifer E**<br>**Rut** | **Nombre:** Denise Ruiz Patus<br>**Rut:** |

| | |
|---|---|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| **Nombre:**<br>**Rut:** | **Nombre:**<br>**Rut:** |

## TURNOS SAPU /MES: Junio

| LUNES-VIERNES DIA | | LUNES-VIERNES NOCHE | | SAB. DOM. FESTIVO DIA | | SAB.DOM.FESTIVO NOCHE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS |
| 06-06-2024 | 3 | | | 01-06-2024 | 5 | | |
| 11-06-2024 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PRESTADOR:** Yenifer Echeverría Toro

**FIRMA**

CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II LA SERENA