



## 253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

|  |                        |
|--|------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II     |
| Nombre Completo                          | NATALIA VALENCIA OPAZO |
| Rut:                                     |                        |
| Profesión                                | TENS ✓                 |
| Horas trabajadas                         | 11 HORAS ✓             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                      |
| Días licencia médica                     | 0                      |
| Fecha Informe                            | 18-07-2024             |

|              |          |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | 66.690 ✓ |
| Nº BOLETA    | 741 ✓    |

|                    |                            |                          |
|--------------------|----------------------------|--------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - JUNIO - 2024 ✓ | HASTA: 20 - JULIO - 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 Jefe Dpto. de Salud     | Timbre y Firma Director CESFAM      |
| Nombre: NÁTALIA VALENCIA OPAZO<br>Rut: | Nombre: JUAN MUÑOZ OSSANDON<br>Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa   | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  |
| Nombre:<br>Rut:                        | Nombre:<br>Rut:                     |



