

253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	JIMENA PERALTA MAYA
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	20 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/08/2024

MONTO BOLETA	\$118.575	
N° BOLETA	446	

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/07/2024	20/08/2024

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	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: JIMENA PERALTA MAYA Rut:	Nombre: JUAN DIEGO MUÑOZ Rut
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre:	Nombre:
Rut:	Rut:

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
31/07	3 HRS			15/08	5 HRS		
01/08	3 HRS						
07/08	3 HRS						
14/08	3 HRS						
20/08	3 HRS						
	15						
							-
	-						
	-						
	-						

PRESTADOR: JIMENA PERALTA MAYA

FIRMA

