

**260. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II**

|  |                     |
|--|---------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II  |
| Nombre Completo                          | JIMENA PERALTA MAYA |
| Rut:                                     |                     |
| Profesión                                | TENS                |
| Horas trabajadas                         | 119 HRS ✓           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                   |
| Días licencia médica                     | 0                   |
| Fecha Informe                            | 18/08/2024 ✓        |

|              |             |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$731.885 ✓ |
| Nº BOLETA    | 447 ✓       |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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<br>(P. Natural o P. | Timbre y Firma Director CESFAM          |
| Nombre: <u>JIMENA PERALTA MAYA</u><br>Rut:                          | Nombre: <u>JUAN DIEGO MUÑOZ</u><br>Rut: |

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



