



253. INFORME MENSUAL DE GESTION  
REFUERZO SAPU

|  |                        |
|--|------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II     |
| Nombre Completo                          | NATALIA VALENCIA OPAZO |
| Rut:                                     |                        |
| Profesión                                | TENS                   |
| Horas trabajadas                         | 3 /                    |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                        |
| Días licencia médica                     |                        |
| Fecha Informe                            | 18 DE AGOSTO DEL 2024  |

|              |          |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | 17.295 / |
| Nº BOLETA    | 476 ✓    |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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 médico 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.**

ral o P. Timbre y Firma Director CESFAM

Nombre: NATALIA VALENCIA  
Rut: \_\_\_\_\_ Nombre: Juan Diego Muñoz  
Rut: \_\_\_\_\_

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

Nombre:  
Rut: \_\_\_\_\_ Nombre:  
Rut: \_\_\_\_\_



