

CORPORACION MUNICIPAL  
La Serena

257. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL CARO

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	ELIZABETH OSORIO CHAVEZ
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	69,5
Dias permiso administrativo o vacaciones	0
Dias licencia médica	0
Fecha Informe	18 DE SEPTIEMBRE

MONTO BOLETA	472435
N° BOLETA	311

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 08 - 2024	HASTA: 20 - 09 - 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 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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: ELIZABETH OSORIO Rut:	 CATALINA CASTILLO RIBANDA DIRECTORA CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA
Nombre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: :	Nombre: Rut:

