•	La Serena			UAL DE GESTION A SAPU JUAN PABLO II			
Establecimiento		SAPU JUAN PABLO SEGUNDO					
Nombre Completo			MARIO JACOB ORTEGA PIZARRO				
Rut:							
Profe	esión		TENS				
	as trabajadas		32				
Dias	permiso administrativo o	vacaciones	0				
Días licencia médica			0				
Fecha Informe			18/09/2024				
	NTO BOLETA	\$ 205.440	205.440				
	E BOLETA	162					
	IODO DE INFORME	DESDE:	día - mes- año	HASTA: día - mes- año			
SEP	ΓΙΕΜΒRE	21/08/20:	24	20/09/2024			
	<b>FUNCIONES RE</b>	ALIZADAS	DURANTE EL PERIO	DO			
No	FUNCIONES SEGÚN	CONTRAT	O 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 se	egún protocolo de atenció	n,			
7	Realizar aseo y confort	del paciente e	en caso de ser necesario				
8	Revisar y mantener cab	ina sanitaria c	del vehículo de emergenc	a			

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.

Tim' ~ · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Timbre y Firma Director CESFAM			
	Cf			
Nombre: MARIO ORTEGA PIZARRO Rut:	Nombre: Man Dieso murioz Ossandon Rut:			
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Doto. 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	HORA
				31/08/24	16		
				14/09/24	16		
						•	
-							
					-		
STADOR:N TEGA PIZAI							

JA.