| CORPORACION MUNICIPAL La Serena | **258. INFORME MENSUAL DE GESTION**<br>**PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑÍAS** |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Establecimiento | SAPU LAS COMPAÑIAS |
| Nombre Completo | MARIA EUGENIA CARIOLA CORTES |
| Rut: | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 85 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia médica | N/A |
| Fecha Informe | OCTUBRE 2024 |

| | |
|---|---|
| MONTO BOLETA | **521.465** |
| Nº BOLETA | **392** |

| | | |
|---|---|---|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21/09/2024 | HASTA: 20/10/2024 |
| | | |

**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 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 firm ones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM<br>Carolina Troncoso Checcón<br>Kinesióloga |
| **Nombre: MA A CORTES**<br>**Rut:** | **Nombre:**<br>**Rut:** |

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

# TURNOS SAPU /MES: OCTUBRE 2024

| 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 |
| 25/09/2024 | 9 | | | 28/09/2024 | 16 | | |
| 30/09/2024 | 7 | | | 05/10/2024 | 8 | | |
| 10/10/2024 | 7 | | | 13/10/2024 | 8 | | |
| 11/10/2024 | 7 | | | 20/10/2024 | 16 | | |
| 15/10/2024 | 7 | | | | | | |

**PRESTADOR: MARIA EUGENIA CARIOLA CORTÉ**

**FIRMA**

CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA
CESFAM LAS COMPAÑIAS
DIRECCIÓN