

4

5

6

8

de salud.

## 258. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑÍAS

	COMPANIAS								
Establecimiento			SAPU LAS COMPAÑIAS						
Nombre Completo			Paola Olmos Chinga						
Rut:			12.020.00.						
Profesión			TENS						
Hora	s trabajadas		62 HRS						
	permiso administrativo	o vacaciones		And the state of t					
Días licencia médica									
Fecha Informe			Octubre 2024						
1401	UTO DOLETA	378390 /							
1.101.10 202211		555							
IN D	OLEIA								
PER	IODO DE INFORME		: día - mes- año	HASTA: día - mes- año					
21		21/09/20	24	20/10/2024					
	FUNCIONES RI	EALIZADAS	DURANTE EL PE	RIODO					
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								
2	A tiende consultes de femiliares de los pacientes a cargo								

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.

1

Controlar al paciente y consignar signos vitales y evaluar urgencia de necesidad de notificar

Se responsabiliza y colabora en el cuidado de los insumos y bienes del centro

al médico o profesional de llamada según protocolo de atención. Realizar aseo y confort del paciente en caso de ser necesario Revisar y mantener cabina sanitaria del vehículo de emergencia

Colabora en procedimientos médicos y no médicos.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P  Carclina Troncoso Checcón  Nombre: Rut:  Timbre y Firma Coordinadora Programa  Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  Nombre: Rut:  Rut:		OPPL C. B.
Rut:  Timbre y Firma Coordinadora Programa  Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  Nombre:  Nombre:	Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P	DIRECCIÓN
Timbre y Firma Coordinadora Programa  Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  Nombre:  Nombre:	N	Nombre: Kinesióloga
Nombre: Nombre:	RL	Rut:
Nombre: Nombre:		
	Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Rut:	Nombre:	Nombre:
	Rut:	Rut:

DIA DIA		URNOS SAPU /MI 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 hrs			05/10/2024	16 hrs		
30/09/2024	7 hrs		404	20/10/2024	16 hrs		
01/10/2024	7 hrs	/		Section 1	1 10		
16/10/2024	7 hrs						
						No.	
				resonance in the same of	8 277 225 10		
					The second second		
				sit of the legal of			. Lawrence
100	V 200		* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *		Control Control		
	1 2 24		2	The second second	I Epartuga	- 17 (19)	100
				No Carlo State of the Carlo	6.1		
					11.01		
	-				5.8	2	
		the Linux	Web Western				
							at the same of
							63000

PRESTADOR: PAOLA OLMOS CHINGA

FIRMA:

