



CORPORACION MUNICIPAL  
La Serena

INFORME JUSTIFICACION 2024

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	ALEJANDRA ARIAS CONTI
Rut:	
Programa	SAPU
Profesión	TENS

MONTO BOLETA	\$40355
Nº BOLETA	314

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21 AGOSTO 2024	20 SEPTIEMBRE 2024

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

EL MOTIVO DEL COBRO ATRASADO ES POR ESTAR CON LICENCIA MEDICA

---



---



---



---

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. N.º)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Rut:	Nombre: <i>Conti</i> Rut: /



Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:

Nombre: Rut:	Nombre: Rut:
-----------------	-----------------



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

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	ALEJANDRA ARIAS CONTI
Rut:	
Profesión	TENS ✓
Horas trabajadas	7 ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia médica	NA
Fecha Informe	18/10/2024 ✓

MONTO BOLETA	\$40355 ✓
N° BOLETA	314 ✓

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21 AGOSTO 2024 ✓	20 SEPTIEMBRE 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. 1)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Conti	Nombre: <i>D. Arauco</i> <i>Castro 110</i>
Rut:	Rut: <i>N</i>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre:	Nombre:
Rut:	Rut:

