

**253. INFORME MENSUAL DE GESTION**  
**REFUERZO SAPU**

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO         |
| Nombre Completo                          | EDUARDO ALFONSO DÍAZ SEIDA |
| Rut:                                     |                            |
| Profesión                                | TENS                       |
| Horas trabajadas                         | 5 HRS                      |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 DIAS                     |
| Días licencia médica                     | 0 DIAS                     |
| Fecha Informe                            | 18 - 10 - 2024             |

|              |       |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 32100 |
| N° BOLETA    | 66    |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21 - 09 - 2024        | 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 firma del ejecutor de las prestaciones<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CEFAM                                 |
| Nombre: EDUAI<br>SEIDA<br>Rut:  | Nombre: <i>Eduardo Díaz Seida</i><br>Rut: <i>19.812.110-1</i> |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa  | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                            |
| Nombre:<br>Rut:   | Nombre:<br>Rut:   |

