

**261. INFORME MENSUAL DE GESTION**  
**PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA**  
**HENRIQUEZ**

|                                          |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ          |
| Nombre Completo                          | BARBARA ALEJANDRA SANTANDER CERDA |
| Rut:                                     |                                   |
| Profesión                                | TENS                              |
| Horas trabajadas                         | 156.5                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                                 |
| Días licencia médica                     | -                                 |
| Fecha Informe                            | 18-10-2024                        |

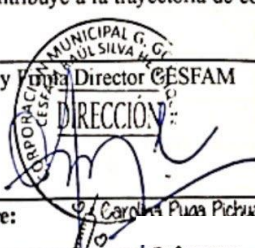
|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 977.220 |
| N° BOLETA    | 71      |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| OCTUBRE            | 21-09-2024            | 21-10-2024            |

**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>(Nombre y Apellido) | Timbre y Firma Director CESFAM<br> |
| Nombre: BARBARA SANTANDER CERDA<br>Rut:                                | Nombre: Carolina Pizarro Pichuante<br>Rut:<br>Enfermera                                                                |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                   | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                                                     |
| Nombre:                                                                | Nombre:                                                                                                                |

Nombre:  
Rut:

Nombre:  
Rut: