

|                                          |                          |
|------------------------------------------|--------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo                          | CAROLYNE CORTES DIAZ     |
| Rut:                                     |                          |
| Profesión                                | TECNICO EN ENFERMERIA    |
| Horas trabajadas                         | 90                       |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                        |
| Días licencia médica                     | 0                        |
| Fecha Informe                            | 30 DE NOVIEMBRE 2024     |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 143.075 |
| Nº BOLETA    | 54      |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21-10-2024 ✓          | 31-10-2024 ✓          |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| 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                                                                                                                                 |
| 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.

|                              |         |                                 |
|------------------------------|---------|---------------------------------|
|                              | aciones | Timbre y Firma Dirección CESFAM |
| Nombre: CAROLYNE CORTES DIAZ |         |                                 |
| RUT:                         |         | Rut:                            |

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                   |
|  |  |
| Nombre: Daniela Bastías González                                                    | Nombre:                                                                              |
| Rut:                                                                                | Rut:                                                                                 |