



INFORME JUSTIFICACION 2024

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑÍAS
Nombre Completo	Carlos Alonso Astudillo López
Rut:	
Programa	URGENCIAS SAPU LAS COMPAÑÍAS
Profesión	ENFERMERO

MONTO BOLETA	58890
Nº BOLETA	67

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/09/24	20/10/24

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

Boleta atrasada por no cobro del mes pasado debido en error en la redacción de la fecha de la boleta. _____

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural & P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Carlos Astudillo López Rut:	 Carolina Troncoso Checcón Kinesióloga

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud
 Daniela Bastias González Enfermera	 Nombre: Rut:



258. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑIAS

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	Carlos Alonso Astudillo López
Rut:	
Profesión	Enfermero
Horas trabajadas	6.5
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	30/11/24

MONTO BOLETA	58890
Nº BOLETA	67

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/09/24	20/10/24

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.

Timbre y Jurídica)	tural o P.	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Carlos Astudillo López Rut:		Nombre: Rut:
Timbre y Firma Coordinadora Programa		Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:		Nombre: Rut:



Daniela Bastias González
Enfermera



Carolina Troncoso Checcón
Kinesióloga

