

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

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	CARLA SANTANDER MIRANDA
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	53 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	31 DICIEMBRE 2024

MONTO BOLETA	\$319.955.-
Nº BOLETA	417

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-12-2024	HASTA: día - mes- año 31-11-2024
--------------------	--	--

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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM  Carolina Pineda Pichamonte Enfermera
Nombre: CARLA SANTANDER MIRANDA RUT:	Nombre: Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa  Daniela Bastiñas González Enfermera	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  Nombre: Rut:
Nombre: Rut:	