

|                                                                                   |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>261. INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA<br/>HENRIQUEZ</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                              |
|------------------------------------------|------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ     |
| Nombre Completo                          | JOSELYN NICOLE GUERRERO SOTO |
| Rut:                                     |                              |
| Profesión                                | TENS                         |
| Horas trabajadas                         | 160                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                              |
| Días licencia médica                     |                              |
| Fecha Informe                            | 31/12/2024 /                 |

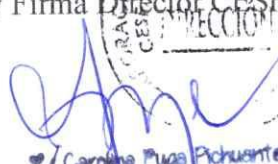
|              |             |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | 1.043.860 / |
| Nº BOLETA    | 74          |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| DICIEMBRE          | 01/12/2024            | 31/12/2024 /          |

**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<br>(P. Natural o P. Jurídica)                                                                                                                                                                               | Timbre y Firma <br><br>Carolina Puga Pichuente                                      |
| Nombre: JOSELYN GUERRERO SOTO<br>Rut: _____                                                                                                                                                                                                                 | Nombre: Enfermera<br>Rut: _____                                                                                                                                                                                                                              |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br><br><br>Daniela Bastías González<br>Enfermera | Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud<br><br><br>Daniela Bastías González<br>Enfermera |
| Nombre: _____<br>Rut: _____                                                                                                                                                                                                                                 | Nombre: _____<br>Rut: _____                                                                                                                                                                                                                                  |