CORPORACION MUNICIPAL La Serena	**261. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ**

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	KATHERINE ROJAS ACOSTA
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	37 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	31 ENERO 2025

MONTO BOLETA	**$223.785**
Nº BOLETA	**371**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-01-2025	**31-01-2025**

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 (P. Na	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: KATHERINE ROJAS ACOSTA **RUT:**	**Nombre:** **Rut:** Enfermera

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud
Daniela Bastías González Enfermera COORDINADOR DEPTO. SALUD **Nombre:** **Rut:**	DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN **Nombre:** **Rut:**