

 CORPORACION MUNICIPAL La Serena	256. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
--	--

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	NINOSKA BUGUEÑO GONZALEZ
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	52.5
Días permiso administrativo o vacaciones	--
Días licencia médica	--
Fecha Informe	31-01-2025

MONTO BOLETA	323623
Nº DE BOLETA	152

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
ENERO	01/01/25	31/01 /25

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Realizar todas aquellas acciones de salud que la 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	Cuidar y atender a 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 estado general al momento 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 (electronica 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  Fernanda Palma RUT: 18.456.789-1 PSICOLÓGICA CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN Nº 123456789
Nombre: NINOSKA BUGUEÑO GONZALEZ Rut:	Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa  DANIELA BASTIAS GONZALEZ	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  Nombre: Rut:
---	---