



**259. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA**

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | KAREM ANDREA FUENTES VALENZUELA  |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | TENS                             |
| Horas trabajadas                         | 74                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                              |
| Días licencia médica                     | N/A                              |
| Fecha Informe                            | 28/02/2025                       |

|              |                |
|--------------|----------------|
| MONTO BOLETA | <b>447.570</b> |
| N° BOLETA    | <b>191</b>     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| FEBRERO            | <b>01/02/2025</b>     | <b>28/02/2025</b>     |

**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  | de ser necesario   |
| 8  | ático de emergencia  |

**DECLARA**  
usuario/a  
Mensual ;  
informaci

Timbre y fir  
Jurídica)

en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada  
idad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico  
en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de  
ntribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

il o P. Timbre y Firma Director CESFAM

Nombre.: **KAREM FUENTES VALENZUELA**  
Rut:

Nombre: *[Firma]*  
Rut: *[Firma]*

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre:  
Rut:

*[Firma]*  
**Daniela Bastías González**  
Enfermera

Nombre:  
Rut:

