

|                                                                                  |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>260. INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                             |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II          |
| Nombre Completo                          | ANGÉLICA CAROLINA RUÍZ RUÍZ |
| Rut:                                     |                             |
| Profesión                                | TENS                        |
| Horas trabajadas                         | 38                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                             |
| Días licencia médica                     |                             |
| Fecha Informe                            | 28/02/2025                  |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 229.550 |
| Nº BOLETA    | 534     |

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

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|------------------------------------------------|

| 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 Director CESFAM                          |
| <b>Nombre: ANGÉLICA RUÍZ RUÍZ</b><br><b>Rut:</b>                              | <b>Nombre: JUAN DIEGO MUÑOZ OSSANDÓN</b><br><b>Rut:</b> |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                          | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                      |
| <b>Nombre: Daniela Bastías González</b><br><b>Rut:</b> Enfermera              | <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>                           |