



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

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	AMANDA PAZ URIBE PEREDO
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	64 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	n/a
Días licencia médica	n/a
Fecha Informe	28-02-2025

MONTO BOLETA	\$ 383.370.-
N° BOLETA	646

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
ENERO	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. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: AMANDA URIBE PEREDO Rut:	Nombre: <i>Andrés Jaime Rivera</i> Rut: <i>14.111.111-1</i>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Depto de Salud
Nombre: <i>Daniela Bastias González</i> Rut: <i>14.111.111-1</i>	Nombre: <i>Andrés Jaime Rivera</i> Rut: <i>14.111.111-1</i>

INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024

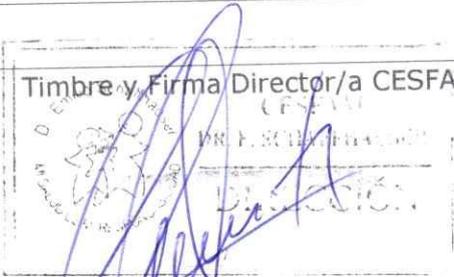
Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	AMANDA PAZ URIBE PEREDO
RUT	
Programa	SAR
Profesión	TENS
Fecha de informe	28 DE FEBRERO DE 2025

Numero de Boleta	N° 646
Monto Boleta	\$ 383.370.-

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-01-2025	HASTA: 31-01-2025
--------------------	-------------------	-------------------

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

BOLETA CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO, PRESENTADA CON ERRORES NO CORREGIDOS DENTRO DEL PLAZO CORRESPONDIENTE

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: AMANDA URIBE PEREDO RUT:</p>	<p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 
<p>Nombre Completo: Daniela Bastías González RUT: Enfermera</p>