



**260. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II**

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II            |
| Nombre Completo                          | NATALIA ANDREA VALENCIA OPAZO |
| Rut:                                     |                               |
| Profesión                                | TENS                          |
| Horas trabajadas                         | 46.5 HRS                      |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                             |
| Días licencia médica                     | 0                             |
| Fecha Informe                            | 28-02-2025                    |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$289.360 |
| Nº BOLETA    | 484       |

|                    |            |            |
|--------------------|------------|------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE:     | HASTA:     |
|                    | 01-02-2025 | 28-02-2025 |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| 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 médico 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 Director CESFAM      |
| Nombre: NATALIA ANDREA VALENCIA OPAZO<br>Rut: | Nombre: JUAN MUÑOZ OSSANDON<br>Rut: |

|   |  |
|---|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br> |
| Nombre: Daniela Bastías González<br>Rut:  | Nombre: _____<br>Rut: _____  |