



256. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA

| | |
|--|-----------------------------|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | Constanza Molina Palma |
| Rut: | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | L-V 7.5 hrs. / S-D-F 9 hrs. |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Fecha Informe | 31 MARZO 25 |

| | |
|--------------|--------------|
| MONTO BOLETA | 101018 ***** |
| Nº DE BOLETA | 230 ***** |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| FEBRERO | 01/02/25 | 28/02/25 |

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 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 Director de las prestaciones (P. N) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: Constanza Molina Palma Rut: | Nombre: Lizette Ledezma Gallardo Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |



INFORME JUSTIFICACION 2024

| | |
|-----------------|--|
| Establecimiento | Sapu pedro Aguirre cerda |
| Nombre Completo | CONSTANZA MOLINA PALMA |
| Rut: | |
| Programa | COD 256 PROGRAMA SERVICIO URGENCIA TENS SAPU PAC |
| Profesión | ENFERMERA |

| | |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 101018 |
| Nº BOLETA | 230 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| FEBRERO 2025 | 01/02/25 | 28/02/25 |

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

ME ENCONTRABA CON LICENCIA MÉDICA AL MOMENTO DE ENTREGA DE BOLETAS

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Timbre y Firma Director CESFAM | Timbre y Firma Director CESFAM |
| <i>Lizette Ledezma Gallardo</i> | <i>Lizette Ledezma Gallardo</i> |
| ENFERMERA | ENFERMERA |
| Nombre: CONSTANZA MOLINA PALMA | Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO |
| Rut: | Rut: |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| <i>Daniela Bastias Gonzalez</i> | <i>Daniela Bastias Gonzalez</i> |
| Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ | Nombre: |
| Rut: | Rut: |