

## 253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA	
Nombre Completo	PAULINA SOLEDAD RIVERA PASTEN	
Rut:		
Profesión	TENS	
Horas trabajadas	11	
Días permiso administrativo o vacaciones		
Días licencia médica	-	
Fecha Informe	30-04-25	

MONTO BOLETA	63415	1	
Nº BOLETA	48	1	

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año	_
ABRIL	01-04-25	30-04-25	

## 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	Timbre y Firma Director CESFAM
(P. Natural o P. Jurídica)/	S
	2
1	: PEDRO AGUIRRE CER
Nombre: PAULINA RIVERA PASTEN	Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO
Rut:	Rut
	GABRIE
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Opto. de Salud
(3) (3) (3)	S /- WENTOF
1(0)	Z DEPARTAMENTO TO
1 5 3	Z DIRECCIÓN X
1 00,00 White	
Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ	Nombre:
Rut:	Rut:
of sh	
S'O V	