

|                                                                                                                              |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|  <b>CORPORACION MUNICIPAL<br/>La Serena</b> | <b>253. INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>REFUERZO SAPU</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                          |                                     |
|------------------------------------------|-------------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA            |
| Nombre Completo                          | YESSENIA ELIZABETH ARAYA VILLARROEL |
| Rut:                                     |                                     |
| Profesión                                | TENS                                |
| Horas trabajadas                         | 5                                   |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                     |
| Días licencia médica                     |                                     |
| Fecha Informe                            | 30-4-2025                           |

|              |       |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 32100 |
| Nº BOLETA    | 464   |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| ABRIL              | 1-4-25                | 30-4-25               |

**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 ejecutor de las prestaciones<br>(P. Natural o P. Juri) | Timbre y Firma Director CESFAM<br> |
| Nombre: YESSENIA ARAYA VILLARROEL<br>Rut:                                 | Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO<br>Rut:                                                                               |

|                                                                                                                             |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br> |
| Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ<br>Rut:                                                                                    | Nombre:<br>Rut:                                                                                                            |