

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

|                                          |                          |
|------------------------------------------|--------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO       |
| Nombre Completo                          | GISSELLE SALAZAR OYARZÚN |
| Rut:                                     |                          |
| Profesión                                | TENS                     |
| Horas trabajadas                         | 3 HRS                    |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA                |
| Días licencia médica                     | NO APLICA                |
| Fecha Informe                            | 30/04/2025               |

|              |            |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$17.295 ✓ |
| N° BOLETA    | 109 ✓      |

|                    |            |              |
|--------------------|------------|--------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE:     | HASTA:       |
|                    | 01/04/2025 | 30/04/2025 ✓ |

|                                         |
|-----------------------------------------|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|-----------------------------------------|

| N° | FUNCIONES SEGUN 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 del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM     |
| Nombre: GISSELLE SALAZAR<br>OYARZÚN<br>Rut:                                | Nombre: <i>Carolina</i><br>Rut:    |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                       | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: <b>Daniela Bastías González</b><br>Rut: <b>Enfermera</b>           | Nombre:<br>Rut:                    |

