

## 221. INFORME MENSUAL DE GESTION SAPU

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU COMPAÑIAS                   |
| Nombre Completo                          | NICOL ALEJANDRA HINOSTROZA PEREZ |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | TENS                             |
| Horas trabajadas                         | 8Hrs                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/C                              |
| Días licencia médica                     | N/C                              |
| Fecha Informe                            | ABRIL 2025                       |

|              |        |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 46.120 |
| Nº BOLETA    | 214    |

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

### 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 del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM                        |
| Nombre: Nicol Hinostroza Pérez<br>Rut:                                     | Nombre: Carolina Troncoso Checcón<br>Rut: Kinesióloga |

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