

253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

| Establecimiento | SAPU COMPAÑIAS |
|--|---------------------------|
| Nombre Completo | FELICIANO TABILO CARVAJAL |
| Rut: | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 10 Hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/C |
| Días licencia médica | N/C |
| Fecha Informe | JUNIO 2025 |

MONTO BOLETA 57.650 Nº BOLETA 607

PERIODO DE INFORME DESDE: 01/06/2025 HASTA: 30/06/2025

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| | / SAME AND A CHERDO A PROCESAMA | |
|----|--|--|
| No | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | |
| 1 | Realizar todas aquellas acciones de salud que le sean solicitadas, de acuerdo alas normas preestablecidas, por el profesional médico o profesional no medicosegún 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 | Sa responsabiliza y colabora en el cuidado de los insumos y bienes del centrode salud. | |
| 6 | Controlar al paciente y consignar signos vitales y evaluar urgencia denecesidad de notificar al médico o profesional de llamada según protocolo deatención. | |
| 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 |
|--|--|
| | Carolina Trenco o Checcón |
| Nombre: Feliciano Tabilo Carvajal Rui | Nombre: Kinesió oga Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa SOORDINADOR DAPTO/SAUDD OANIEL OANIEL | Timbre Pirma 9efe Dpto. de Salud DE SALUD DIRECCIÓN Nomore: |
| Nombre: Rut: Daniela Bastias González Entermera | Rut: |