

**256. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO  
AGUIRRE CERDA**

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA     |
| Nombre Completo                          | MARCELO ULISES OLIVARES COBS |
| Rut:                                     |                              |
| Profesión                                | TENS                         |
| Horas trabajadas                         | 86                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                            |
| Días licencia médica                     | -                            |
| Fecha Informe                            | 30/06/2025                   |

|              |            |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$ 510.855 |
| Nº DE BOLETA | 194        |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JUNIO              | 01/06/2025            | 30/06/2025            |

**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 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. Jurídica) | Timbre y Firma Director CSEFAM           |
| Nombre: MARCELO OLIVARES COBS<br>Rut:   | Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO<br>Rut: |

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