



**261. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA  
HENRIQUEZ**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo                          | JAVIER PIZARRO ROJAS     |
| Rut:                                     |                          |
| Profesión                                | TENS                     |
| Horas trabajadas                         | 134                      |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                        |
| Días licencia médica                     | -                        |
| Fecha Informe                            | 30-06- 2025              |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 822.290 |
| Nº BOLETA    | 243     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 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 (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma D <small>IRECCIÓN</small> |
| Nombre: <b>JAVIER PIZARRO ROJAS</b>  | Nombre:                                  |
| Rut:   | Rut:                                     |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Depto de Salud |
| Nombre:                              | Nombre:                            |
| Rut:                                 | Rut:                               |

**Daniela Bastías González**  
Enfermera

