

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

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	MARIO ESTEBAN ARAYA ARAYA
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	96
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	30 JUNIO 2025

MONTO BOLETA	\$594.705.-
Nº BOLETA	221

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. N.º: <del>XXXXXXXXXX</del> )	Timbre y Firma Director CESIPAM
Nombre: <del>MARIO ESTEBAN ARAYA ARAYA</del>	Nombre: <del>MARIO ESTEBAN ARAYA ARAYA</del>
Rut: <del>XXXXXXXXXX</del>	Rut: <del>XXXXXXXXXX</del>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud
Nombre: DANIELA BASTÍAS GONZÁLEZ	Nombre: GABRIEL GONZÁLEZ VIELLA
Rut: XXXXXXXXXXXX	Rut: XXXXXXXXXXXX

*Daniela Bastías González  
Enfermera*