

| | |
|--|---|
|  <p>CORPORACIÓN MUNICIPAL La Serena</p> | <p>INFORME MENSUAL DE GESTION COD 221 CAMPAÑA INVIERNO TENS</p> |
|--|---|

| | |
|--|--------------------------|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | VALERIN LATORRE MOLINA |
| Rut: | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 4 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia médica | - |
| Fecha Informe | 30-06-2025 |

| | |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 23060 |
| Nº BOLETA | 138 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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 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: VALERIN LATORRE MOLINA Rut: | Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO Rut: |

| | |
|--|-------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud |
| Nombre: DANIELA RASTIAS GONZALEZ Rut: | Nombre: Rut: |