

**259. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO
SCHAFFHAUSER ACUÑA**

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	CAMILA ANDREA VILLANUEVA OYARCE
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	30 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	30.06.2025

MONTO BOLETA	\$183.430
N° BOLETA	216

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JUNIO	01.06.25	30.06.25

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	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 Director CESFAM  DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCION
Nombre: CAMILA VILLANUEVA OYARCE Rut: _____	Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES Rut: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa  DANIELA RASTIAS GONZALEZ COORDINADOR DEPTO. SALUD	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCION
Nombre: Daniel Rastias González Rut: _____	Nombre: _____ Rut: _____