



CORPORACION MUNICIPAL
Gobierno Municipal de La Serena
La Serena

**253. INFORME MENSUAL DE GESTION
REFUERZO SAPU**

| | |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento | SAPU (NOMBRE SEGÚN CORRESPONDA) |
| Nombre | MARÍA JOSÉ ALVAREZ VELÁSQUEZ |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 26 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | FEBRERO |

| | |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 159715 |
|--------------|--------|


| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| FEBRERO | 21-01-24 | 20-02-24 |

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.

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

| | |
|--|---|
|  Timbre y Firma Director CHSFAM <i>Pamela Pinto Maturana</i> Nombre: PAMELA PINTO MATURANA | Timbre y Firma Prestador de servicio <i>Maria José Alvarez Velásquez</i> Nombre: MARÍA JOSÉ ALVAREZ VELASQIEZ |
|--|---|