

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

| | |
|--|--------------------------|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre | LUIS IGNACIO LAZO CORTES |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 8 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia médica | - |
| Periodo de informe (mes) | FEBRERO |

| | |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 46.120 |
|--------------|--------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21-01-2024 | 20-02-2024 |

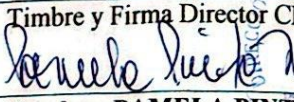

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| 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)

| |
|-------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------|

| | |
|---|---|
| Timbre y Firma Director CESFAM  Nombre: PAMELA PINTO | Timbre  Nombre: LUIS LAZO CORTES |
|---|---|