

## 221. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN CAMPAÑA INVIERNO

|  |                       |                             |  |
|--|-----------------------|-----------------------------|--|
| Establecimiento                          |                       | SAPU COMPAÑIAS              |  |
| Nombre Completo                          |                       | Felix RICARDO ROA GUTIERREZ |  |
| Rut                                      |                       |                             |  |
| Profesión                                |                       | TENS                        |  |
| Horas trabajadas                         |                       | 8                           |  |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                       | N/C                         |  |
| Días licencia médica                     |                       | N/C                         |  |
| Fecha Informe                            |                       | 18/06/2024                  |  |
| MONTO BOLETA                             | 46120                 |                             |  |
| Nº BOLETA                                | 905                   |                             |  |
| PERIODO DE INFORME                       | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año       |  |
|  | 21/05/2024            | 20/05/2024                  |  |

### 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.                    |

**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 Dirección SEAM            |
| Nombre: <b>FELIX ROA GUTIERREZ</b>   | Nombre: <b>Carolina Trancoso Checcón</b> |
| Rut:   | Rut: <b>Kinesióloga</b>                  |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre:                              | Nombre:                            |
| Rut:                                 | Rut:                               |