

257. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL  
CARO

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO         |
| Nombre Completo                          | MARIA JOSE CONTRERAS EGAÑA |
| Rut:                                     |                            |
| Profesión                                | TENS                       |
| Horas trabajadas                         | 84 HRS ✓                   |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                          |
| Días licencia médica                     | 0                          |
| Fecha Informe                            | 18 DE JUNIO 2024 ✓         |



|              |             |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$505.220 ✓ |
| N° BOLETA    | 157 ✓       |

|                    |                     |                      |
|--------------------|---------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-05-2024 ✓ | HASTA: 20 -06-2024 ✓ |
|--------------------|---------------------|----------------------|

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. N) | Timbre y Firma Director CESFAM  |
| Nombre: MARIA JOSE CONTRERAS EGAÑA<br>Rut               |   <p>CATALINA CASTILLO MIRANDA<br/>DIRECTORA CESFAM<br/>CESFAM CARDENAL CARO<br/>LA SERENA</p> |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                    | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  |
| Nombre:<br>Rut:   | Nombre:<br>Rut:   |