

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	ANGELICA CAROLINA RUÍZ RUÍZ
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	0,5
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Fecha Informe	18/06/2024

MONTO BOLETA	<b>3.210</b>
Nº BOLETA	<b>516</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21/05/2024</b>	<b>20/06/2024</b>

**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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: ANGÉLICA RUÍZ RUÍZ Rut:	Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA Rut:



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



## INFORME JUSTIFICACION 2024

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	ANGÉLICA CAROLINA RUIZ RUIZ
Rut:	
Programa	SAPU
Profesión	TENS

MONTO BOLETA	<b>3.210</b>
Nº BOLETA	<b>516</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21/05/2024</b>	<b>20/06/2024</b>

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

**SE COBRA 30 MINUTOS EXTRAS DEL DÍA 18 DE MAYO DE 2024**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
<b>Nombre: ANGELICA RUIZ RUIZ</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA</b> <b>Rut:</b>



Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>