

261. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	CESAR CARIN OLIVARES VILLALOBOS
Rut:	
Profesión	ENFERMERO
Horas trabajadas	86 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Fecha Informe	30 – NOVIEMBRE - 2024

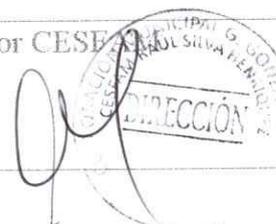
MONTO BOLETA	\$ 821.444.- /
N° BOLETA	554

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-11-2024 /	HASTA: día - mes- año 30-11-2024 /
--------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Encargada de efectuar la categorización del usuario para establecer la prioridad de la atención médica de acuerdo a una escala de prioridades previamente establecida, esto lo efectúa mediante la valoración del usuario, a través de procedimientos de ayuda diagnóstico, si procede
2	Debe cumplir con funciones de tipo asistencial, funciones de tipo administrativo, asociadas a su perfil de cargo.
3	Supervisar en forma periódica la mantención del carro de paro y del equipamiento e instrumental de atención de emergencia.
4	Supervisar la implementación, funcionamiento y mantención del equipamiento clínico de la ambulancia, así como el procedimiento de traslados.
5	Realizar toma de muestra para exámenes sanguíneos y otros procedimientos de enfermería.
6	Priorizar y organizar el turno en base a personal que se cuente y la cantidad de actividades a realizar

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 CESE  DIRECCIÓN
Nom VIL Rut:	Nombre: Rut:
Timbre y Firma Coordinadora Programa  COORDINADOR DEPTO. SALUD DANIELA BASTIAS GONZALEZ Enfermera	Timbre y Firma Jefe D. Salud  DIRECCIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN
Nombre: Rut:	Nombre: Rut: