CORPORACION MUNICIPAL La Serena	**258. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑÍAS**

Establecimiento		SAPU LAS COMPAÑIAS	
Nombre Completo		CAROLINA PUGA	
Rut:			
Profesión		ENFERMERA	
Horas trabajadas			
Días permiso administrativo o vacaciones			
Días licencia médica			
Fecha Informe		30/11/2024	
MONTO BOLETA	**135900**		
Nº BOLETA	**153**		
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año	
	1/11/2024	**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 firmas (P. Natural o	Timbre y Firma Director CESFAM Carolina Troncoso Checcón Kinesióloga
Nombre: **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**

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

TURNOS SAR /MES: noviembre2024							
LUNES-VIERNES DIA		LUNES-VIERNES NOCHE		SAB. DOM. FESTIVO DIA		SAB.DOM.FESTIVO NOCHE	
DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS
12/11/2024	7.5						
22/11/2024	7.5						
PRESTADOR:	Carolina Puga Pichuante [illegible] Enfermera						
FIRMA							

DIRECCIÓN