

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	ALEXANDRO DAVID CORTES MORALES
Rut:	
Profesión	ENFERMERO
Horas trabajadas	30 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	30/11/2024

MONTO BOLETA	<b>287.176</b>
N° BOLETA	<b>144</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
OCTUBRE	<b>21 DE OCTUBRE 2024</b>	<b>31 DE OCTUBRE 2024</b>

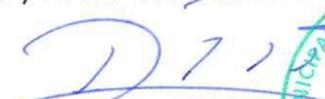
**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

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 CESFAM
Nombre: ALEXANDRO CORTES MORALES Rut:	Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa



**Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ**  
**Rut:**

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



**Nombre:**  
**Rut:**