



**259. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO
SCHAFFHAUSER ACUÑA**

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre	PABLO ANTONIO QUIROGA ZUÑIGA
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	46
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Periodo de informe (mes)	OCTUBRE

MONTO BOLETA	454.239
--------------	---------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21-09-2023	20-10-2023

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	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.

FIRMA	[Redacted]
FECHA INFORME	18-11-2023

Timbre y Firma <i>Klgo. Fabián J. Quiroga</i> Subdirector Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena	CESEFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCIÓN	Timbre y Firma <i>[Signature]</i> Coordinador/a comunal Programa
Nombre: <i>[Signature]</i>	Nombre: <i>[Signature]</i>	Nombre: <i>[Signature]</i>

