

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

Establecimiento	SAR CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre	ELIZABETH GONZALEZ LABRAÑA
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	23
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Periodo de informe (mes)	FEBRERO

<b>MONTO BOLETA</b>	<b>183672</b>
---------------------	---------------

<b>PERIODO DE INFORME</b>	<b>DESDE: 21 -ENERO- 2024</b>	<b>HASTA: 20 -FEBRERO- 2024</b>
---------------------------	-------------------------------	---------------------------------

**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.**

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

**NO APLICA**

---



---



---

Timbre y Firma Director CESIAM	Timbre y Firma prestador de servicio
Nombre:	Nombre: <b>ELIZABETH GONZALEZ</b>

