

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

| | |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre | MARISOL ISOLINA DIAZ ROJAS |
| Profesión | ENFERMERA |
| Horas trabajadas | 76 ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Periodo de informe (mes) | FEBRERO ✓ |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 734.688 |
|--------------|---------|

| | | |
|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 21/01/2024 ✓ | HASTA: día - mes- año 20/02/2024 ✓ |
|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

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)

N/A

| | |
|---|---|
|  <p>Timbre y Firma Director CESFAM</p> | <p>Timbre y Firma prestador de servicio</p> |
| Nombre: CLAUDIA GALLARDO | Nombre: Marisol Díaz Rojas ✓ |