

 CORPORACIÓN DE SALUD FAMILIAR La Serena	260. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II
---	---

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre	FRANCISCA GALLO O
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	10 HORAS L-V 21 HRS FIN DE SEMANA
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	FEBRERO

MONTO BOLETA	\$301.041
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 01- 2024	HASTA: 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) _____ NO APLICA _____ _____
--

	Timbre y Firma Director CESFAM 	Timbre y _____
Nombre: 	Nombre: FRANCISCA GALLO O.	_____

