

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

| | |
|--|------------------------------------|
| Establecimiento | SAR CARDENAL. RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre | JERALDINE ANDREA GONZÁLEZ BUGUEÑO |
| Profesión | ENFERMERA |
| Horas trabajadas | 143 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Periodo de informe (mes) | FEBRERO ✓ |

| | |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | 1.399.368 ✓ |
|--------------|-------------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21-01-2024 | 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 CESEAM  | Timbre y Firma prestador de servicio Nombre: JERALDINE GONZÁL BUGUEÑO |
|---|--|