

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

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	MARIA JOSE GONZALEZ CALDERON
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	165
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO BOLETA	<b>1.606.376</b>
Nº BOLETA	<b>19</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21-01-2024</b>	<b>20-02-2024</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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
<b>Nombre: MARIA JOSE GONZALEZ CALDERON Rut:</b>	<b>Nombre:</b> <i>Rtgo. E. Schaffhauser Rivera</i> Subdirector <b>Rut:</b> Cefsam Dr. E. Schaffhauser La Serena

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre: Rut:</b>	<b>Nombre: Rut:</b>



Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	MARIA JOSE GONZALEZ CALDERON
Rut:	
Programa	URGENCIAS SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Profesión	ENFERMERA

MONTO BOLETA	1.606.376 ✓
Nº BOLETA	19 ✓

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

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

**ERROR DE TIPCACION DE FECHA DE BOLETA ULTIMO DIA DEL MES, SIENDO RECHAZADA PARA SU COBRO, ADEMÁS EL OLVIDO DE HACER LLEGAR COPIA EN PAPEL AL ESTABLECIEMIENTO DONDE PRESTE MIS SERVICIOS.**

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: MARIA JOSE GONZALEZ CALDERON Rut:	 <p>   <b>Nombre:</b> Kgo. Fabián Jaime Rivera  <b>Rut:</b> Subdirector          Cesfam Dr. E. Schaffhauser          La Serena       </p>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:

