



**260. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II**

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	FRANCISCA GALLO ORTEGA
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	L-V 35 HORAS FESTIVOS 16 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO BOLETA	\$477.436
N° BOLETA	115

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 02- 2024	HASTA: 20 - 03- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	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 M legal de un adecuado registrar trayectoria de continuidad de se de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la n salud.

Timbre y firma del ejecutor de Natural o P. Jurídica	ones (P.	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: FRANCISCA GALLO O. Rut:		Nombre: <i>Cecilia Pérez Parlow</i> Rut:

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

