

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

| | |
|--|--------------------------|
| Establecimiento | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo | KARIN RAMIREZ CASTILLO |
| Rut: | |
| Profesión | ENFERMERA |
| Horas trabajadas | 16 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NA |
| Días licencia médica | NA |
| Fecha Informe | MARZO |

| | |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 160336 |
| N° BOLETA | 242 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21-02-2024 | 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 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 ejecut (P. Natural o P. Jurídica) | iones | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: KARIN RAMIREZ CASTILLO Rut: | | Nombre: Rut: |

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre:

Rut:

Nombre:

Rut:

PRESTADOR KARIN

RAMIREZ CASTILLO

FIRMA