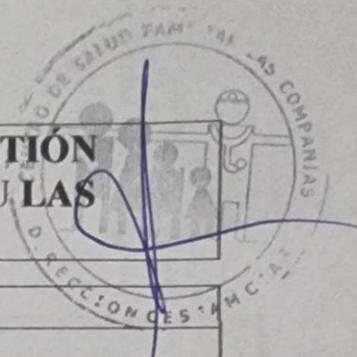


258. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑIAS



| | |
|--|------------------------|
| Establecimiento | SAPU LAS COMPAÑIAS |
| Nombre Completo | ALEJANDRA ROJAS VALDES |
| Rut: | [REDACTED] |
| Profesión | ENFERMERA |
| Horas trabajadas | 1,5 HORAS EXTRAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/C |
| Días licencia médica | N/C |
| Fecha Informe | 04-2024 |

| | |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | \$13.590 |
| Nº BOLETA | 335 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21-02-2024 | 20-03-2024 |

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.

| | | | |
|--|-----------------|--------------------------------|---|
| Timbre y firma del ejecutor (P. Natural o P. Jurídica) | [REDACTED] | Timbre y Firma Director CESFAM | Carolina Troncoso Ch. KINESIOLOGA |
| Nombre: ALEJANDRA ROJAS VALDES | Rut: [REDACTED] | Nombre: [REDACTED] | Rut: [REDACTED] |

| | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|



**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

| | |
|------------------|-----------------------------------|
| Establecimiento | Sapu Las Compañías |
| Nombre Completo | Alejandra Elisa Rojas Valdés |
| RUT | [REDACTED] |
| Programa | Atención sapu /Sapu las compañías |
| Profesión | Enfermera |
| Fecha de informe | ABRIL 2024 |

| | |
|------------------|-----------------|
| Numero de Boleta | 335 |
| Monto Boleta | \$13.590 |

| | | |
|--------------------|--|--|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 21-02-2024 | HASTA: día - mes- año 20-03-2024 |
|--------------------|--|--|

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia
Indicación de jefatura de realizar el cobro de horas extras realizadas el turno correspondiente al día 18-03-2024 en el mes de abril dado que ya se habían recepcionado las boletas correspondientes al periodo en que ocurre esta prestación.

| | |
|---|---|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) [REDACTED] | Timbre y Firma Director/a CESFAM Carolina Trancoso Ch. KINESIOLOGA R.U.T: [REDACTED] |
| Nombre Completo: Alejandra Rojas Valdés RUT: [REDACTED] | Nombre Completo: RUT: |

| |
|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa Nombre Completo: RUT: |
|--|

