CORPORACION MUNICIPAL La Serena	**260. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II**

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	FRANCISCA GALLO O
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	53 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/04/2024

MONTO BOLETA	122
Nº BOLETA	$510.451

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21-03-2024	**20-04-2024**

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 perso[illegible]ye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

Timbre y fi[illegible] ciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: FRAI **Rut:**	**Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA** **Rut:**

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

TURNOS SAPU /MES: ABRIL

LUNES-VIERNES DIA		LUNES-VIERNES NOCHE		SAB. DOM. FESTIVO DIA		SAB.DOM.FESTIVO NOCHE	
DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS	DIA/MES	HORAS
25/03/2024	7			24/03/2024	15.5		
8/04/2024	7.5			13/04/2024	16		
18/04/2024	7						

PRESTADOR:
FRANCISCA GALLO O.
FIRMA