

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

|                                          |                               |
|------------------------------------------|-------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II            |
| Nombre Completo                          | MITZY MELANIE VÁSQUEZ MORALES |
| Rut:                                     |                               |
| Profesión                                | ENFERMERA                     |
| Horas trabajadas                         | 55.5                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA                     |
| Días licencia médica                     | NO APLICA                     |
| Fecha Informe                            | 18 DE ABRIL DE 2024           |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$534.543 |
| Nº BOLETA    | 189       |

|                    |                   |                      |
|--------------------|-------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-03-2024 | HASTA: 20 - 04- 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 de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM                   |
| Nombre: <u>Mitzy Vásquez Morales</u><br>Rut: _____                         | Nombre: <u>Berlinda Pina Palma</u><br>Rut: _____ |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre:<br>Rut:                      | Nombre:<br>Rut:                    |

[illegible]

**PRESTADOR DE SERVICIOS** \_\_\_\_\_ **ez Morales**

**FIRMA** \_\_\_\_\_

