



## 258. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑÍAS

|                                          |                             |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑÍAS          |
| Nombre Completo                          | CONSTANZA BELEN TAPIA MUÑOZ |
| Rut:                                     |                             |
| Profesión                                | ENFERMERA                   |
| Horas trabajadas                         | 48 HORAS                    |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                           |
| Días licencia médica                     | 0                           |
| Fecha Informe                            | 18 DE ABRIL 2024            |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 451.217 |
| Nº BOLETA    | 117     |

|                    |                    |                    |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 03- 24 | HASTA: 20 - 04- 24 |
|--------------------|--------------------|--------------------|

### 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<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|

Nombre: **Constanza Belen Tapia Muñoz**  
Rut: \_\_\_\_\_

Nombre: **Carolina Troncoso Ch.**  
Rut: \_\_\_\_\_  
KINESIÓLOGA

R.U.T: \_\_\_\_\_

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre:  
Rut:

Nombre:  
Rut:

