CORPORACION MUNICIPAL La Serena	**261. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ**

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	PAULINA PAZ SOTO BUSTOS
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	45
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18-04-2024

MONTO BOLETA	**430.764**
N° BOLETA	**15**

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 03 - 2024	HASTA: 20 - 04- 024

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 ejecu (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Paulina Soto Bustos **Rut:**	**Nombre:** **Rut:** Enfermera

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

Scanned with CamScanner