

**261. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN  
PROGRAMA DE URGENCIA RAUL SILVA  
HENRIQUEZ**

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	ANA CAMILA LEIVA PONCE
Rut:	
Profesión	TECNOLOGO MEDICO
Horas trabajadas	150
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18-05-2024

MONTO BOLETA	<b>1.472.788</b>
Nº BOLETA	<b>103</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-04-2024	HASTA: 20-05-2024
--------------------	-------------------	-------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Realizar la toma de imágenes radiológicas de Urgencias que permitan una buena evaluación diagnóstica de parte de los médicos
2	Manejo óptimo de técnicas de exposición para realizar una adecuada radio-protección del paciente y de todo el personal ocupacionalmente expuesto.
3	Limpiar el equipo de rayos x, incluyendo detector, camilla y estativo, elementos de protección personal.
4	Subir la información de la toma de exámenes en el sistema Avis y Kpacs.
5	Derivar Exámenes a Médico Radiólogo para la generación de informes.
6	Participar en otras labores de gestión encomendada por la jefatura.

**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: ANA CAMILA LEIVA PONCE Rut: _____	Nombre: <i>Carolina Puan Pichuante</i> Rut: _____ Enfermera

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: <i>Daniela Bastias González</i> Rut: _____	Nombre: _____ Rut: _____