



**257. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL  
CARO**

|  |                        |
|--|------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO     |
| Nombre Completo                          | Camila Faune Rodríguez |
| Rut:                                     |                        |
| Profesión                                | ENFERMERA              |
| Horas trabajadas                         | 78,5                   |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                      |
| Días licencia médica                     | 0                      |
| Fecha Informe                            | 20/05/2024             |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$797.819 |
| Nº BOLETA    | 96        |

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

**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: Camila Faune Rodríguez   | Nombre: <i>Carolina Casullo</i> |
| Rut:   | Rut:                            |

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