



INFORME JUSTIFICACION 2024

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	FERNANDA ISABEL MENESES GUZMAN
Rut:	
Programa	SERVICIO DE URGENCIAS SAPU CIAS
Profesión	ENFERMERIA

MONTO BOLETA	90.189
Nº BOLETA	106

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21-03-2024	20-04-2024

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

No se realiza el cobro del mes de abril por cambio de turno del día 20- 04-2024, justo en fecha corte que fue el 18-04-2024.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: FERNANDA MENESES GUZMAN Rut:	Nombre: Rut: 

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



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

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑÍAS
Nombre Completo	FERNANDA ISABEL MENESES GUZMAN
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	9
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Fecha Informe	abril

MONTO BOLETA	90.189
N° BOLETA	106

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21-03-2024	20-04-2024

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 ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director 
Nombre: <u>Fernanda Meneses Guzman</u> Rut: _____	Nombre: <u>Carolina Francisco Checcón</u> Rut: _____ Kinesióloga
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut: