



260. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Establecimiento | SAPU JUAN PABLO II | |
| Nombre Completo | FRANCISCA GALLO ORTEGA | |
| Rut: | | |
| Profesión | ENFERMERA | |
| Horas trabajadas | 50.5 HORAS | |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - | |
| Días licencia médica | - | |
| Fecha Informe | 18-06-2024 | |
| MONTO BOLETA | \$472.425 | |
| Nº BOLETA | 126 | |
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 21-05-2024 | HASTA: día - mes- año 20-06-2024 |

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 cuenta 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. Jurídico) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: FRANCISCA GALLO O. Rut: | Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Rut: | Nombre: Rut: |

