



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

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑÍAS
Nombre Completo	ANGELICA SOFIA OLIVARES ABARCA
Rut:	.....
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	7 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	JUNIO 2024

MONTO BOLETA	63.420
Nº BOLETA	85

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-05-2024	HASTA: 20-06-2024
MAYO		

**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 Directora
Nombre: <u>Angélica Olivares Abarca</u> Rut:	Nombre: <u>Carolina Troncoso Checcón</u> Rut: <u>Kinesióloga</u>

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