



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

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	STEFANIA BELEN GOMEZ ELGUETA
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	67 /
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18-07-24 /

MONTO BOLETA	703.114 /
Nº BOLETA	187 /

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JULIO	21-06-24 /	20-07-24 /

**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 Jurídica)	Natural o P.	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: <u>STEFANIA GOMEZ ELGUETA</u> Rut: _____		Nombre Completo: <u>JUAN DIEGO MUÑOZ OSANDON</u> RUT: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa		Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut: _____		Nombre: Rut: _____



