

**261. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA  
HENRIQUEZ**

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	DANIELA ANDREA BASTIAS GONZALEZ
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	49 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	18/06/24

MONTO BOLETA	\$470.848
N° BOLETA	266

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

**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

	es	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ	Nombre: CAROLINA PUGA PICHUANO	Enfermera
Rut:	Rut:	
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud	
Nombre:	Nombre:	
Rut:	Rut:	