



**256. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO
AGUIRRE CERDA**

| | |
|--|--------------------------|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | ELSA PRADO BARRAZA |
| Rut: | |
| Profesión | ENFERMERA |
| Horas trabajadas | 67 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Fecha Informe | 18 AGOSTO 2024 ✓ |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 63772 ✓ |
| N° BOLETA | 559 ✓ |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| AGOSTO | 21/07/2024 | 20/08/2024 |

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 CESFAM |
| Nombre: ELSA PRADO BARRAZA Rut: | Nombre: LIZETTE LEDEZMA Rut: |

| | |
|---|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ Rut: | Nombre: Rut: |