



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

|  |                        |
|--|------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑIAS     |
| Nombre Completo                          | ALEJANDRA ROJAS VALDES |
| Rut:                                     |                        |
| Profesión                                | ENFERMERA              |
| Horas trabajadas                         | 76 HORAS               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/C                    |
| Días licencia médica                     | N/C                    |
| Fecha Informe                            | 18-08-2024             |

|              |        |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 734688 |
| N° BOLETA    | 339    |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 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<br>Jurídica) | estaciones (P. Natural o P. | Timbre y Firma Director CESFAM          |
|                             |                             | Francisca Arredondo L.<br>Nutricionista |
| Nombre: ALEJANDRA<br>Rut:   | ALDES                       | Nombre:<br>Rut:                         |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre:<br>Rut:                      | Nombre:<br>Rut:                    |

