



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

|  |                    |
|--|--------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑIAS |
| Nombre Completo                          | CAROLINA PUGA P    |
| Rut:                                     |                    |
| Profesión                                | ENFERMERA          |
| Horas trabajadas                         | 14                 |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                    |
| Días licencia médica                     |                    |
| Fecha Informe                            | AGOSTO 2024        |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 126.840 |
| Nº BOLETA    | 143     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21/07/2024            | 20/082024             |

### 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 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

|                  |                |                                    |
|------------------|----------------|------------------------------------|
| Timbr<br>(P. Na  | iciones        | Timbre y Firma Director CESFAM     |
| Nombre: CAROI    | PI A           | Francisca Arredondo S.L.           |
| Rut:             |                | Nombre: Nutricionista              |
|                  |                | Rut:                               |
| Timbre y Firma C | adora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre:          |                | Nombre:                            |
| Rut:             |                | Rut:                               |

