

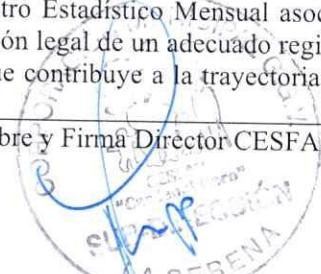
## 257. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL CARO

|                                          |                      |                      |
|------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO   |                      |
| Nombre Completo                          | GABRIELA ESTAY AVILA |                      |
| Rut:                                     |                      |                      |
| Profesión                                | ENFERMERA            |                      |
| Horas trabajadas                         | 63.5 HORAS           |                      |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                    |                      |
| Días licencia médica                     | 0                    |                      |
| Fecha Informe                            | 30-11-2024           |                      |
| MONTO BOLETA                             | 606.062              |                      |
| Nº BOLETA                                | 45                   |                      |
| PERIODO DE INFORME                       | DESDE: 01 - 11- 2024 | HASTA: 30 - 11- 2024 |

### 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 del ejecutor de las prestaciones<br>(P. Natural o P. Jurídica)                                               | Timbre y Firma Director CESFAM<br>      |
| <b>Nombre: GABRIELA ESTAY AVILA</b><br><b>Rut: 18.585.625-9</b>                                                             | <b>Nombre: Francisco Valdivia Abanto</b><br><b>Rut:</b>                                                                     |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br> |
| <b>Nombre: Daniela Bastías González</b><br><b>Rut: Enfermera</b>                                                            | <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>                                                                                               |