

| | |
|--|---|
| Establecimiento | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo | Cinthia Alejandra Bustamante Bustamante |
| Rut: | |
| Profesión | ENFERMERA |
| Horas trabajadas | 7 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | n/a |
| Días licencia médica | n/a |
| Fecha Informe | 30.11.2024 |

| | |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 63420 |
| N° BOLETA | 102 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| octubre | 01.10.2024 | 31.10.2024 |

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. Jurídico) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: Rut: | Nombre: Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Rut: | Nombre: Rut: |

COORDINADOR DEPTO. SALUD
DANIELA BASTÍAS GONZÁLEZ
Enfermera

DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN
SERENA



INFORME JUSTIFICACION 2024

| | |
|-----------------|---|
| Establecimiento | Sar RSH |
| Nombre Completo | Cynthia Alejandra Bustamante Bustamante |
| Rut: | |
| Programa | Programa de Urgencia Raul Silva Henriquez |
| Profesión | Enfermera |

| | |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 63420 |
| Nº BOLETA | 102 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| Octubre | 01.10.2024 | 30.10.2024 |

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

Por problemas familiares, me encontraba fuera de la region para realizar llenado de documentacion

| | |
|--|--------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| | |
| Nombre: <u>Cynthia Bustamante</u> | Nombre: |
| Rut: | Rut: |

| | |
|--|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| | |
| Nombre: <u>Daniela González</u> Enfermera | Nombre: |
| Rut: | Rut: |