

**259. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER  
ACUÑA**

|                                          |                                  |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | BRYAN ALEJANDRO CASTILLO RIVERA  |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | ENFERMERA                        |
| Horas trabajadas                         | 51 ✓                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                              |
| Días licencia médica                     | N/A                              |
| Fecha Informe                            | 30/11/2024                       |

|              |             |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$504.344 ✓ |
| N° BOLETA    | 17 ✓        |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| OCTUBRE 2024       | 21-10-2024 ✓          | 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. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM                                                             |
| Nombre: Bryan Castillo Rivera<br>Rut:                                      | Nombre: Fabián Jamet Rivera<br>Rut: Subdirector<br>Cesfam Dr. E. Schaffhauser<br>La Serena |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                       | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                         |
| Nombre: Daniela Bastias González<br>Rut: Enfermera                         | Nombre:<br>Rut:<br>DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN<br>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA           |