



**260. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II**

|  |                        |
|--|------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II     |
| Nombre Completo                          | FRANCISCA GALLO ORTEGA |
| Rut:                                     |                        |
| Profesión                                | ENFERMERA              |
| Horas trabajadas                         | 45.5                   |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                      |
| Días licencia médica                     | 0                      |
| Fecha Informe                            | 31-01-25               |

|              |          |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | \$428567 |
| Nº BOLETA    | 139      |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| ENERO 2025         | 01-01-25              | 31-01-25              |

**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 no tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de c**

n salud.

|   |                         |                                   |
|---|-------------------------|-----------------------------------|
| Timbre y firma del<br>Natural o P. Jurídico | de las prestaciones (P. | Timbre y Firma Director CESFAM    |
| Nombre: FRANCISCA GALLO O                   |                         | Nombre: JUAN DIEGO MUÑOZ OSSANDÓN |
| Rut:  |                         | Rut:                              |

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

Daniela Bastias González  
Enfermera

