

**261. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA
HENRIQUEZ**

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	GABRIELA LUNA LAMAS
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	138
Días permiso administrativo o vacaciones	NO
Días licencia médica	NO
Fecha Informe	31-01-2025

MONTO BOLETA	1.342.536
Nº BOLETA	22

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

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 (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  <i>Fernanda Meneses</i>
Nombre: Gabriela Luna Lamas Rut: _____	Nombre: <i>Fernanda Meneses</i> Rut: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa  <i>Daniela Bastías González</i>	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  <i>Gabriela Luna Lamas</i>
Nombre: Daniela Bastías González Rut: _____ Enfermera	Nombre: _____ Rut: _____