



## 256. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA

|  |  |
|--|--|
| Establecimiento                          | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA                     |
| Nombre Completo                          | PATRICIA CORONADO ROJAS                      |
| Rut:                                     |  |
| Profesión                                | ENFERMERA                                    |
| Horas trabajadas                         | LV: 37,5 SDF: 34 COORD: LV. 5 COORD<br>SDF:2 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -  |
| Días licencia médica                     | -  |
| Fecha Informe                            | 31-03-2025                                   |

|              |        |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 745806 |
| Nº BOLETA    | 354    |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| MARZO              | 01-03-25              | 31-03-25              |

### 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 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> |
| Nombre: PATRICIA CORONADO ROJAS<br>RUT:                                       | Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO<br>Rut:   |

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