



**257. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL
CARO**

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	DANIELA BASTIAS GONZALEZ
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	30 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia médica	NA
Fecha Informe	30/04/2025

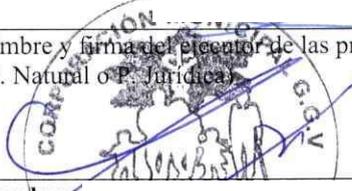
MONTO BOLETA	287176
N° BOLETA	287 /

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año/	HASTA: día - mes- año/
ABRIL	01/04/2025	30/04/2025

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.

 <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director CESFAM</p>
<p>Nombre: RUT:</p>	<p>Nombre: CATALINA CASTILLO MIRANDA Rut:</p>
 <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre: <i>Barbara Alicia Alvar</i> Rut:</p>	 <p>Nombre: Rut:</p>