

## 259. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA

|                                          |                                  |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | ANDREA RIOS COFRE                |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | ENFERMERA                        |
| Horas trabajadas                         | 55 hrs                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO APLICA                        |
| Días licencia médica                     | NO APLICA                        |
| Fecha Informe                            | 30-06-2025                       |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 523.286 |
| Nº BOLETA    | 146     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 01-06-2025            | 30-06-2025            |

### 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<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM<br>CESFAM<br>DR. SCHAFFHAUSER<br>DIRECCIÓN |
| Nombre: ANDREA RIOS COFRE<br>Rut:                                             | Nombre:<br>Rut:                                                           |

|                                                                                                           |                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br>COORDINADOR DEPTO. SALUD<br>DANIELA BASTÍAS GONZÁLEZ<br>Enfermera | Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud<br>DEPARTAMENTO DE SALUD<br>DIRECCIÓN |
| Nombre: Daniela Bastías González<br>Rut:                                                                  | Nombre:<br>Rut:                                                           |