

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

|                                          |                                |
|------------------------------------------|--------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II             |
| Nombre Completo                          | ALEXANDRO DAVID CORTES MORALES |
| Rut:                                     |                                |
| Profesión                                | ENFERMERO                      |
| Horas trabajadas                         | 22 HORAS                       |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                              |
| Días licencia médica                     | 0                              |
| Fecha Informe                            | 30/06/2025                     |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 207.008 |
| Nº BOLETA    | 176     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JUNIO              | 1 DE JUNIO 2025       | 30 DE JUNIO 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 Director GESFAM                          |
| <b>Nombre: ALEXANDRO DAVID CORTES MORALES</b><br><b>Rut</b>                | <b>Nombre: Juan Diego Muñoz Ossandón</b><br><b>Rut:</b> |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                       | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                      |
| <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>                                              | <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>                           |


  
 Daniela Bastias González

