



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

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	KARIN RAMIREZ CASTILLO
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	7.5
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	18/06/24

MONTO BOLETA	133292
Nº BOLETA	247

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
MAYO	21-04-24	20-05-24

**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 ejecutante (P. Natural o P. Jurídica)	nes	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: KARIN RAMIREZ Rut:		Nombre: CATALINA CASTILLO MIRANDA Rut:



Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:

	<b>INFORME JUSTIFICACION 2024</b>
---	-----------------------------------



Establecimiento	CESFAM CARDENA CARO
Nombre Completo	KARIN RAMIREZ CASTILLO
Rut:	
Programa	257 GESTION PROGRAMA DE URGENCIAS SAPU CCARO
Profesión	ENFERMERA

MONTO BOLETA	133292
Nº BOLETA	247

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
MAYO	21-04-2024	20-05-2024

**Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)**

ME ENCONTRABA CON LICENCIA MEDICA EN EL PERIODO DE ENTREGA DE BOLETAS

Timbre y firma del eje (P. Natural o P. Jurídico)	acciones	Timbre y Firma Director CESFAM   CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA
Nombre: <b>KARIN RAMIREZ CASTILLO</b> Rut:	Nombre: Rut:	

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut: