

**261. INFORME MENSUAL DE GESTION**  
**PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA**  
**HENRIQUEZ**

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	JERALDINE ANDREA GONZÁLEZ BUGUEÑO
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	158 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Fecha Informe	18-06- 2024 /

MONTO BOLETA	1.542.956 /
Nº BOLETA	76 /

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21-05-2024 /	20-06-2024 /

**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. Natura)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: <b>JERALDINE GONZÁLEZ</b> BUGUEÑO Rut: _____	Nombre: _____ Rut: _____

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