



258. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑÍAS

| | |
|--|--------------------------|
| Establecimiento | SAPU LAS COMPAÑÍAS |
| Nombre Completo | Luis Alfredo Rojas Yañez |
| Rut: | |
| Profesión | ENFERMERO |
| Horas trabajadas | 77 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia médica | N/A |
| Fecha Informe | JULIO 2024 |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 801.402 |
| Nº BOLETA | 137 |

| | | |
|--------------------|------------|------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: | HASTA: |
| | 21/06/2024 | 20/07/2024 |

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 ejec. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director |
| Nombre: Luis Rojas Yañez Rut: | Nombre: Rut: |



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

