



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

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	Luis Antonio Avalos Rivera
Rut:	
Profesión	ENFERMERO ✓
Horas trabajadas	59
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18-07-2024 ✓

MONTO BOLETA	557.604 ✓
Nº BOLETA	237 ✓

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	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 (P. Natural)	or de las prestaciones	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: <u>Luis Antonio</u>	os Rivera	Nombre: <u>Juan Diego Muñoz Ossandon</u>
Rut:		Rut:

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

