SASA
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS

Asunción, miércoles 01 de octubre de 2025. –

SEÑORES
CONGRESO NACIONAL
PRESENTE:

ATN: Lic. Tania Anzoategui
Directora Guardería del Congreso Nacional

REFERENCIA: Cumplimiento de Contrato

Me dirijo a Ustedes, a fin remitir informe dentro del marco de la **LICITACIÓN DE MENOR CUANTÍA NACIONAL N°05/2025 – "SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS PARA EL ESPACIO DE DESARROLLO INFANTIL DEL CONGRESO NACIONAL"**, y conforme a lo establecido en el Contrato.

En relación al mismo, en fecha 25 de septiembre de 2025, acude a la Guardería el móvil con un médico para la realización de atenciones a quienes pudieran necesitarlo sean estos niños, niñas, cuidadores, etc.

Atentamente,

Lic. Jorge B. Chamorro C.
GERENTE
SASA S.A.C.A.

Lic. Jorge B. Chamorro Cortessi
Gerente General

Avda. Rca. Argentina Nº 2380 c/ Incas - **Adm y Ventas:** 560 131 al 132
Servicios: 021 561 000 (R.A.) / 0981 907000
e-mail: administracion@sasa.com.py / comercial@sasa.com.py
www.sasa.com.py

ECR CERTIFICA ISO 9001:2015

SASA
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MEDICAS

HISTORIA CLINICA DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA

Nº SALIDA 2508714 FECHA 25 09 25

MEDICO Osorio BASE MOVIL 34/1270 HORA 07:51 DESP.

CALLE Caballero El Manual Ponciano Arnaldo Nº PISO Dpto.

Av. Domicil. / Vía Públic. / Comercio / Industria / Escuela / Base / Otros

APELLIDOS Y NOMBRES Guardería del Congreso

EDAD M F

Nº DE SOCIO SI NO SEGURO MEDICO

ANTECEDENTES
DBT. CONV. ALERGICO NO
ASMA H.T.A. SI A
CARD. EPOC.
A.C.V. Otros

MOTIVO DE CONSULTA: Cobertura

SIGNOS VITALES T.A F.C Tº °C F. RESP X

HALLAZGOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO (o datos negativos de importancia)

Se acude a la Guardería, durante el periodo permanecido. Sin Particularidades.

TRAT. ADMINISTRADO (droga o dosis)

RESPUESTAS AL TRATAMIENTO
MEJORA
SIN CAMBIOS
DESMEJORA

EPICRISIS

DIAGNOSTICO
PRESUNTIVO

CLASIFICACION DE LA ATENCION
EMERGENCIA URGENCIA CONSULTA
TR.AR. TR.BR. APOYO

Dra. Jazmín Osorio Salinas
Medicina Familiar
R.P.
Servicio Urgencias Consultorios
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SASA

Dolly Ortiz
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Nº Matrícula Profesional

Nº Doc. 4.838.669
Nº Tel. 0984.238.250

Formulario: Historia Clinica de Atención Extrahospitalaria	Código: 006	Fecha de Vigencia: 06/01/2024	Versión: 1

PLANILLA DE ATENCION EN COBERTURAS

INSTRUCTIVO DE LA PLANILLA DE ATENCIÓN EN COBERTURAS

Cobertura de eventos y actividades diversas

Reglas y recomendaciones que se deben cumplir

1- Puntualidad
2- Presentación
3- Ubicación
4- Profesionalidad.

1- Es indispensable la presencia puntual del o los personales asignados en el horario indicado por el coordinador o encargado para la realización de las tareas.
La presente rige para el horario previo de preparación en la base, así como la llegada al lugar indicado del desarrollo del evento.

2- Reviste singular importancia el aspecto de la presentación, siendo la buena imagen la mejor carta de presentación personal y la mejor cara visible de la empresa.

3- El personal o profesionales asignados a las coberturas de eventos con ambulancia si su presencia es requerida o por indicación expresa se destina al lugar, deben ubicarse en lugares visibles para su fácil ubicación en caso de necesidad y una rápida salida en respuesta a los requerimientos de los servicios para el cual fuimos contratados o enviados.

4- Es obligatorio la presentación del personal de SASA al o los encargados, representantes o responsable del lugar o institución donde se realiza el evento.

5- Descender de la ambulancia con la tabla espinal, ubicando el mismo entre el chofer y paramédico en el lugar asignado y atento al desarrollo de las actividades.

Seguir las indicaciones del coordinador del servicio de SASA y del evento. Interiorizarse de los detalles para evitar confusiones o malos entendidos.
Respetar y someterse a las reglas establecidas en cada local e institución o donde acudimos para los servicios.
Actuar siempre con profesionalismo y objetividad.
Realizar siempre FS-formulario de servicio y hacer firmar a un responsable del evento o el lugar del desarrollo de la cobertura.
Confeccionar HC-historias clínicas, de cada una de las atenciones o dejar expresa constancia en la hoja de listado para coberturas del nombre, apellido, edad, sexo, síntomas, tratamiento administrado, seguro, institución a que pertenece y otros datos de interés o que surjan en el momento.
Otros datos de interés e incidentes que se produzcan.

SI SE TRATA DE FUTBOL INDICAR LOS EQUIPOS QUE JUEGAN Y SUS CORRESPONDIENTES CATEGORIAS, ETC.

COORDINACION - DESPACHO - GERENCIA

Evento: VISITA MEDICA MENSUAL									
Lugar: GUARDERIA DEL CONGRESO									
Fecha:	**25/09/2025**	**Hora de Inicio:**	**07:00**	**Hora llegada**	08:02	**Hora Fin:**	**08:00**	**Hora de Salida:**	09:04
Móvil: 34/ 14270						**Solicitud Nro.** 2508714			
Chofer: Brayan Valdovinos						**Firma** B.N. Valdovinos			
Médico: Dra. Jazmín Osorio						**Firma** Dra. Jazmín Osorio Salinas Medicina Familiar R.P. N° 18.287 Servicio Urgencias - Adulto			
Paramédico:						**Firma**			
OBS:									
Encargado: Dolly Ortiz						**Firma:**			
CI N°: 4.838.669						**Tel. N°:** 0984.238 250.			

SASA
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS
Sociedad de Responsabilidad Limitada - Capital Gs. 250.000.000
Administración y Ventas: 560 130/2 - Servicios: 561 000 - Celular: 0981 907 000
www.sasa.com.py - e-mail: administracion@sasa.com.py - ventas@sasa.com.py
Avda. Rca. Argentina 2380 c/ Incas
Asunción - Paraguay

2508714
34/14270

Nº 107299

FORMULARIO DE SERVICIO Y RECEPCION DEL PACIENTE

Tipo de Servicios Visita Medica Mensual **Seguros Otros**

Traslado del: **Al**

Equipo Adicional Utilizado
Monitor Cardíaco **Uso de oxígeno**
Respirador Mecánico **Uso de oxímetro**
Incubadora de Transporte **Otros**

Nombre y Apellido del Titular: **Socio Nº**

Nombre y Apellido del Paciente: Guardería del congreso

Día: 25 **Mes:** 04 **Año:** 2025 **Hora:** 08:02 - 09:04

Nombre y Apellido de la persona (Familiar y/o Responsable) que autorizó la realización de este servicio:

Nombre del Seguro o persona a quien debe facturarse este servicio para su posterior cobranza:

Nombre y Apellido de (A) Responsable de la Recepción del Paciente: Dolly Ortiz

C.I. 4.838.669 Tel: 0984 238 250 **Firma:**

Telefonista que recibió el Pedido de Servicio: Tadeo A.

Telefonista de Guardia en el momento del Servicio: Tadeo A.

Dra. Jazmín Osorio Salinas
Medicina Familiar
R.P. Nº
Servicio Otros Profesionales Médicos

Firma Chofer: Brayan Valdovinos **Firma Enfermera:** **Firma Médico:**

Form: Formulario de Servicio y Recepción del Paciente - Código: F005 Vigencia: 01/12/2023 - Versión:01