Asunción, lunes 02 de junio de 2025. –

SEÑORES
CONGRESO NACIONAL
PRESENTE:

Atn: Sra. Marlene Sosa
Encargada 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 29 de mayo 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.R.L.

Lic. Jorge B. Chamorro Cortessi
Gerente General

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									
Local: GUARDERIA DEL CONGRESO									
Fecha:	**29/05/2025**	**Hora de Inicio:**	**08:30**	**Hora llegada**	08:20	**Hora Fin:**	**10:00**	**Hora de Salida:**	10:00
Móvil: 34/13188						**Solicitud Nro.** 2508709			
Chofer: (Edward Romero) Luis Fretes						**Firma**			
Médico: Dra. Jazmín Osorio						**Firma** Dra. Jazmín Osorio S. Médica Cirujana Reg. Prof. Nº 18.287			
Paramédico:						**Firma**			
OBS:									
Encargado:						**Firma:** C.B.I. Congreso Nacional Mg. Lic. Carmen Medina Jefa de Enfermería R.P. Nº 2357			
CI Nº:						**Tel. Nº:**			

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

2508709
34/13133

Nº 107105

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: Guarderia del Congreso

Día: 29 **Mes:** 05 **Año:** 2025 **Hora:** 8:20 - 10:00

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

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

Nombre y Apellido de (A) Responsable de la Recepción del Paciente: MARIA DEL CARMEN MEDINA - **Firma:** CI 3505470

C.B.I. Congreso Nacional
Mg. Lic. Carmen Medina
Jefa de Enfermería
R.P. Nº 2357

Telefonista que recibió el Pedido de Servicio: Eudro Aguilera

Telefonista de Guardia en el momento del Servicio: Eudro Aguilera

Dra. Jazmin Osorio S.
Médica Cirujana
Reg. Prof. Nº 18.287

Luis Frites

Firma Chofer: **Firma Enfermera:** **Firma Médico:**

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