SASA

URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS

Asunción, lunes 01 de septiembre 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 28 de agosto 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

Avda. Rca. Argentina N° 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
Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015
CERTIFICACIÓN ECR CERTIFICA

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:	**28/08/2025**	**Hora de Inicio:**	**07:00**	**Hora llegada**	—:—	**Hora Fin:**	**08:00**	**Hora de Salida:**	8:35
Móvil: 34/14030					**Solicitud Nro.** 2508713				
Chofer: Juan Silva					**Firma**				
Médico: Dra. Jazmín Osorio					**Firma**	Dra. Jazmín Osorio Salinas Medicina Familiar R.P. N° 18.287 Servicio Urgencias - Adultos			
Paramédico:					**Firma**				
OBS: Sp.									
Encargado:					**Firma:**				
CI N°: 3505470					**Tel. N°:**				

H.C.L. Congreso Nacional
Mg. Lic. Carmen Martino
Jefa de Enfermería
R.P. Nº 2357

SASA
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS

HISTORIA CLINICA DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA

Nº SALIDA 2508713 FECHA 08/25

MEDICO Osorio. BASE MOVIL 34/14030 HORA 08:00 DESP.

CALLE Caballero, E/ Manuel Dengus y Huerta Nº PISO Dpto.

At. Domicil. / Vía Públic. / Comercio / Industria / Escuela / Base / Otros a

APELLIDOS Y NOMBRES Visita M. de la Encarnación EDAD M F

Nº DE SOCIO SI NO SEGURO MEDICO Np.

ANTECEDENTES
DBT. / ASMA / CARD. / A.C.V. / CONV. / H.T.A. / EPOC. / Otros

ALERGICO NO / SI A

MOTIVO DE CONSULTA: Visita

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 Encarnación sus particularidades.

TRAT. ADMINISTRADO (droga o dosis)

RESPUESTAS AL TRATAMIENTO
MEJORA / SIN CAMBIOS / DESMEJORA

EPICRISIS

DIAGNOSTICO
PRESUNTIVO

Dra. Jazmín Osorio Salinas
Medicina Familiar
R.P. Nº 18.287
Servicio Urgencias - Adultos

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SASA

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

C.E.I. Congreso Nacional
Mg. Lic. Carmen Molina
Jefa de Enfermería
R.P. Nº 2357

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Nº Matrícula Profesional

Nº Doc. 37054470.
Nº Tel.

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

SASA
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS
Sociedad de Responsabilidad Limitada - Capital Gs. 250.000.000
Administración y Ventas: 560 130/2 - Servicios: 581 000 - 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

2508713
34/14030

Nº 107304

FORMULARIO DE SERVICIO Y RECEPCION DEL PACIENTE

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

Traslado del: **Al**

Equipo Adicional Utilizado
Monitor Cardiaco **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: 28 **Mes:** 08 **Año:** 2025 **Hora:** 8:00 a 8:36

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

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:
CI 3505420 **Firma:**

C.B.I. Congreso Nacional
Lic. Carmen Molina
Jefa de Enfermería
R.P. N° 2357

Telefonista que recibió el Pedido de Servicio: Cadeo Aguilera

Telefonista de Guardia en el momento del Servicio: Cadeo Aguilera

Dra. Jazmín Osorio Salinas
Medicina Familiar
R.P. Nº 18.287
Servicio Urgencias - Adultos

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