Asunción, miércoles 01 de abril de 2026

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° 01/2026 – "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 26 de marzo de 2026, 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 Cortessi
Gerente General

Lic. Jorge B. Chamorro C.
GERENTE
SASA S.R.L.

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.

6- En caso que el despacho solicite la realización de servicios, antes o después de la culminación de los eventos; la negativa de realización de lo solicitado configura *"OMISIÓN DE AUXILIO – FALTA GRAVE"*.

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: Guardia del Congreso.									
Fecha: 26/03/26	**Hora de Inicio:**	—:—	**Hora llegada**	08:51	**Hora Fin:**	—:—	**Hora de Salida:**	09:42.	
Móvil: 33/00276					**Solicitud Nro.** 26018819				
Chofer: Arturo Schubert					**Firma**				
Médico: Dra. Jazmin Osorio					**Firma** Dra. Jazmín Osorio Salinas Medicina Familiar R.P. N° 18.287 Servicio Urgencias - Adultos				
Paramédico:					**Firma**				
OBS:									
Encargado:					**Firma:** MA. DEL CARMEN LLEDINA				
CI N°: 3505470					**Tel. N°:** 0972558593				

SASA
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS

HISTORIA CLINICA DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA

Nº SALIDA 2601819 FECHA 26 03 26

MEDICO Osorio BASE MOVIL 33/00276 HORA 08:26 DESP.

CALLE Caballero. E. Fulgencio. R. Moreno y M. D. Nº PISO Dpto.

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

APELLIDOS Y NOMBRES Guardería del Congreso.

EDAD M F

Nº DE SOCIO SI NO

SEGURO MEDICO Cobertura

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

ALERGICO NO / SI A

MOTIVO DE CONSULTA Cobertura de Eventos.

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

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

Se acude al servicio, niños se encuentran en area recreativa bajo la supervisión de Personal de blanco + docentes de la institución. Termina 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.E. Nº 13.287
Servicio Urgencias - Adultos

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SASA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Nº Matrícula Profesional

Nº Doc. 3505470
Nº Tel. 0982 55 2593

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: 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

2601819
33/00276

Nº 107797

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: 26 **Mes:** 03 **Año:** 2026 **Hora:** 8:51 – 9:42

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

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: Ma. del Carmen Medina

Firma: CI: 3505470

Telefonista que recibió el Pedido de Servicio: Cinthia Yrrazabal

Telefonista de Guardia en el momento del Servicio: Isidro Aguilera

Arturo Schubert

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

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