



## 258. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑIAS

|                                          |                           |                       |
|------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑIAS        |                       |
| Nombre                                   | SOLANGE MONTENEGRO RIVERA |                       |
| Profesión                                | AUXILIAR DE SERVICIO      |                       |
| Horas trabajadas                         | 68 HRS                    |                       |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                           |                       |
| Días licencia médica                     |                           |                       |
| Periodo de informe (mes)                 | FEBRERO                   |                       |
| MONTO BOLETA                             | 218476                    |                       |
| PERIODO DE INFORME                       | DESDE: día - mes- año     | HASTA: día - mes- año |
|                                          | 21/01/2024                | 20/02/2024            |

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA                                                                                                                                                                |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Responsable y encargado efectuar y mantener el orden, la limpieza de la Unidad, como también de la desinfección de pisos, paredes, persianas, equipos: como camillas, chatas, patos, basureros, sanitarios etc. |
| 2  | Colaborar con el personal de salud en labores de contención, inmovilización de pacientes, cumple con actividades traslado de pacientes, tramitación de insumos.                                                 |
| 3  | Colaborar en otras labores encomendadas por jefatura de turno                                                                                                                                                   |
| 4  | Cumplir con las normas de IAAS en conjunto con el personal de turno clínico                                                                                                                                     |

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

NO APLICA

Timbre y Firma Director

Timbre y Firma prestador de servicio

Nombre:

Nombre: SOLANGE MONTENEGRO

