

**256. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO
AGUIRRE CERDA**

| | |
|--|--------------------------|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | MILTON HONORES PEREZ |
| Rut: | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 54 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia médica | - |
| Fecha Informe | 18-03-2024 |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$337.510 |
| Nº DE BOLETA | 650 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| MARZO | 21-02-2024 | 20-03-2024 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|--|
| 1 | Mantener su documentación al día y portar su carnet de conductor A |
| 2 | Controlar la mantención periódica de la ambulancia y asegurar su buen funcionamiento. |
| 3 | Mantener el inventario de equipos e insumos de la ambulancia |
| 4 | Mantener el libro de novedades del conductor y llevar hoja de ruta de las salidas del vehículo, con todos los antecedentes solicitados. |
| 5 | Efectuar el transporte de pacientes que sean indicados por el médico de turno, o en su ausencia por otro profesional o Técnico Paramédico de turno |
| 6 | Colaborar con la atención del paciente, según le sea solicitado por el personal de salud de turno. |
| 7 | Realizar maniobras de rescate de pacientes accidentados según normas y protocolos establecidos. |
| 8 | Mantener el aseo y cuidado de la ambulancia y su equipamiento. |
| 9 | Mantener el móvil con bencina o los vales para tal efecto. |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la Bitácora del vehículo y/o libro de novedades de turno e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al Programa. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

| | |
|--|--|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) |  Timbre y Firma Director CEFAM <i>Lizette Ledezma Gallardo</i> ENFERMERA |
| Nombre: MILTON HONORES PEREZ Rut: | Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO Rut: |

| | |
|--|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ Rut: | Nombre: Rut: |