



**260. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II**

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | SAPU JUAN PABLO II |
| Nombre Completo | FELIPE ANDRES BRICEÑO HUANCA ✓ |
| Rut: | ✓ |
| Profesión | CONDUCTOR |
| Horas trabajadas | 67 ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Fecha Informe | 18/03/2024 ✓ |


| | |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$337.136 ✓ |
| N° BOLETA | N° 97 ✓ |

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | 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 CESFAM  |
| Nombre: FELIPI Rut: _____ | Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA Rut: _____ |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Rut: _____ | Nombre: Rut: _____ |

| TURNO | | MARZO | | 2024 | | |
|-------------------|-----------|------------------|-------|---------------------|-----------|-----------|
| LUNES-VIERNES DIA | | LUNES-VIERNES NO | | SAB.DOM.FESTIVO DIA | | SAB.DOM.F |
| DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS | DIA/MES |
| 23/2 | 7 | / | | 2/3 | 16 | / |
| 29/2 | 7 | / | | | | |
| 6/3 | 7 | / | | 10/3 | 16 | / |
| 14/3 | 7 | / | | | | |
| 18/3 | 7 | / | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| TOTAL | 32 | | | TOTAL | 32 | |

FELIPE ANDRES BRICEÑO HUANCA

