

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

|  |  |                    | COI   | AT TATTAL                       |  |
|--|--|--------------------|---|---------------------------------|--|
| Estab  | lecimiento   | SA                 | APU LAS COM   | PAÑIAS                          |  |
| Nombre Completo                              |  |                    | SOLANGE DEL CARMEN MONTENEGRO<br>RIVERA               |                                 |  |
| Rut:   |  |                    |   |                                 |  |
| Profe  | sión   | A                  | UXILIAR DE S  | ERVICIO                         |  |
| Horas trabajadas                             |  |                    | 51.5 HRS  |                                 |  |
| Días permiso administrativo o vacaciones     |  |                    | NO APLICA   |                                 |  |
| Días licencia médica                         |  |                    | NO APLICA   |                                 |  |
| Fech   | a Informe  | A                  | BRIL 2024   |                                 |  |
| MON  | NTO BOLETA   | \$ 162071          |   |                                 |  |
| N° BOLETA 225                                |  | 225                |   |                                 |  |
| PERIODO DE INFORME DE                        |  | DESDE: 21          | E: 21 - 03 - 2024 HASTA: 20 - 04 - 204                |                                 |  |
|  |  |                    |   |                                 |  |
|  |  |                    | DANGE OF DE   | PRIORO                          |  |
|  | FUNCIONES RE   | EALIZADAS DU       | RANTE EL PE   | KIODO                           |  |
| Nº   | FUNCIONES SECTI  | N CONTRATO         | V DE ACHERD   | O A PROGRAMA                    |  |
| 1  | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA  Responsable y encargado efectuar y mantener el orden, la limpieza de la Unidad, como |                    |   |                                 |  |
|  | también de la desinfec<br>patos, basureros, sanita   | ción de pisos, par | edes, persianas,                                      | equipos: como camillas, chatas, |  |
| 2  |  |                    | bores de contenc                                      | ción, inmovilización de         |  |
|  | pacientes, cumple con actividades traslado de pacientes, tramitación de insumos.   |                    |   |                                 |  |
| 3  |  |                    | nendadas por jefatura de turno                        |                                 |  |
| 4  | Cumplir con las norma  | as de IAAS en con  | n conjunto con el personal de turno clínico           |                                 |  |
|  |  |                    |   | 1                               |  |
|  | ore y firma del ejecutor o<br>latural o P. Jurídica)   | de las prestacione | s Timbre y Fi   | rma Director CESFAM             |  |
| Nombre: SOLANGE MONTENEGRO<br>RIVERA<br>Rut: |  |                    | Nombre: Carolina Troproso Ch. Rut: KINES OLOGA R.U.T: |                                 |  |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa         |  |                    | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                    |                                 |  |
| Nava e                                       |  |                    |   |                                 |  |
| Nombre:<br>Rut:                              |  |                    |   |                                 |  |
|  |  |                    | Nombre:<br>Rut:                                       |                                 |  |