



**261. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA  
HENRIQUEZ**

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ        |
| Nombre Completo                          | HIGINIO ROBERTO MIRANDA IRIARTE |
| Rut:                                     |                                 |
| Profesión                                | CONDUCTOR                       |
| Horas trabajadas                         | 8                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                 |
| Días licencia médica                     |                                 |
| Fecha Informe                            | 18-04-2024 ✓                    |

|              |            |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$43.264 ✓ |
| Nº BOLETA    | 37 ✓       |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21-03-2024 ✓          | 20-04-2024 ✓          |

**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<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM                          |
| Nombre: HIGINIO MIRANDA IRIARTE<br>Rut: _____                                 | Nombre: Carolina Puga Pichua<br>Rut: _____<br>Enfermera |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa  | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                      |
| Nombre:<br>Rut:   | Nombre:<br>Rut:   |