



GOBERNACIÓN MUNICIPAL
La Serena

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

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	ITALIER CORTES ROJAS
Rut:	
Profesión	CONDUCTOR
Horas trabajadas	0.5 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	20-04-2024

MONTO BOLETA	2344
N° BOLETA	455

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. _____)	Timbre y Firma Director GESFAM 
Nombre: ITALIER CORTES ROJAS	Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA
Rut: _____	Rut: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
--------------------------------------	------------------------------------

Nombre: Rut:	Nombre: Rut:

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	ITALIER GILIBERTO CORTES ROJAS
RUT	
Programa	SERVICIO DE URGENCIA SAPU JP II
Profesión	CONDUCTOR
Fecha de informe	18 DE ABRIL 2024

Numero de Boleta	455
Monto Boleta	\$2.344

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

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

SE COBRA 30 MINUTOS EXTRAS DEL DIA 20/03/2024

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: ITALIER CORTES ROJAS RUT:	Nombre Completo: CAROLINA PEREZ PALMA RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo: RUT:

