

**259. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER  
ACUÑA**

|                                          |                                  |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | Hugo Francisco Luza Vendrell     |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | CONDUCTOR                        |
| Horas trabajadas                         | 80 HRS                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                              |
| Días licencia médica                     | N/A                              |
| Fecha Informe                            | 18/05/2024                       |

|              |            |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$ 409.600 |
| Nº BOLETA    | 313        |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| MAYO 2024          | 21/04/2024            | 20/05/2024            |

**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:<br>P. Jurídica) | iciones (P. Natural o | Timbre y Firma Director CESFAM                                                               |
| Nombre: Hugo Luza Vendrell      |                       | Nombre:  |
| Rut:                            |                       | Rut:                                                                                         |

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