

 CORPORACIÓN MUNICIPAL La Serena	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	16
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	JUNIO 2024

MONTO BOLETA	§ 86.528
N° BOLETA	46

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
MAYO 2024	21-05-2024	20-06-2024

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 funciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Higinio Roberto Miranda Iriarte	Nombre:
Rut:	Rut:

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