



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

|                                          |                         |
|------------------------------------------|-------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO II      |
| Nombre Completo                          | YOANA VILCHES MALDONADO |
| Rut:                                     |                         |
| Profesión                                | AUXILIAR DE SERVICIO    |
| Horas trabajadas                         | 66                      |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                         |
| Días licencia médica                     |                         |
| Fecha Informe                            | 18 DE JUNIO DEL 2024    |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 205.641 |
| Nº BOLETA    | 297     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21-05-24              | 20-06-24              |

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA                                                                                                                                                                |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Responsable y encargado efectuar y mantener el orden, la limpieza de la Unidad, como también de la desinfección de pisos, paredes, persianas, equipos: como camillas, chatas, patos, basureros, sanitarios etc. |
| 2  | Colaborar con el personal de salud en labores de contención, inmovilización de pacientes, cumple con actividades traslado de pacientes, tramitación de insumos.                                                 |
| 3  | Colaborar en otras labores encomendadas por jefatura de turno                                                                                                                                                   |
| 4  | Cumplir con las normas de IAAS en conjunto con el personal de turno clínico                                                                                                                                     |

|                                                                               |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM           |
| Nombre: YOANA VILCHES<br>Rut:                                                 | Nombre: <i>Carla Pérez Palma</i><br>Rut: |

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