



## 256. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA      |
| Nombre Completo                          | TIHARE ALEXANDRA BRAVO ARENAS |
| Rut:                                     |                               |
| Profesión                                | AUXILIAR DE SERVICIO          |
| Horas trabajadas                         | 1 HRS                         |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO                            |
| Días licencia médica                     | NO                            |
| Fecha Informe                            | AGOSTO 2024                   |

|              |      |
|--------------|------|
| MONTO BOLETA | 3019 |
| Nº BOLETA    | 33   |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| AGOSTO 2024        | 21/07/2024            | 20/08/2024            |

### 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 (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM                         |
| <b>Nombre:</b> TIHARE BRAVO ARENAS<br><b>Rut:</b>                          | <b>Nombre:</b> LIZETTE LEDEZMA GALLARDO<br><b>Rut:</b> |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                   | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| <b>Nombre:</b> DANIELA BASTIAS GONZALEZ<br><b>Rut:</b> | <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>      |