

<b>260. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II</b>
--

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO II
Nombre Completo	Felipe Andres Briceño Huanca
Rut:	
Profesión	CONDUCTOR
Horas trabajadas	30 /
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Fecha Informe	28/02/2025 /

MONTO BOLETA	\$152160 /
Nº BOLETA	129 /

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01/02/2025 /	28/02/2025 /

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

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 del ejecutor de las prestaciones  
(P. Natural o P. Jurídica)

**Nombre:** Felipe  
**Rut:**

Timbre y Firma Director CESFAM

**Nombre:** Juan Diego Muñoz  
**Rut:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa

**Nombre:**  
**Rut:**



Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

**Nombre:**  
**Rut:**

