

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

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	CARLOS ENRIQUE HERNANDEZ HERRERA
Rut:	
Profesión	CONDUCTOR
Horas trabajadas	L-V 14 HRS S-D-F 8 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	30/04/2025

MONTO BOLETA	\$ 108.896
Nº DE BOLETA	535

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
ABRIL	01/04/2025	30/04/2025

**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 del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM 
Nombre: Carlos Hernández Herrera Rut : _____	Nombre: Lizette Ledezma Gallardo Rut : _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre: Daniela Bastias González Rut: _____ Enfermera	Nombre: _____ Rut: _____