



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

| | |
|--|--------------------------|
| Establecimiento | SAPU JUAN PABLO II |
| Nombre Completo | ROSA DEL CARMEN CEA CARO |
| Rut: | |
| Profesión | AYUDANTE DE SERVICIO |
| Horas trabajadas | 32.5 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Fecha Informe | 30-06-2025 |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$111.508 |
| Nº BOLETA | 175 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 01-06-2025 | 30-06-2025 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGUN 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 |
| Nombre: ROSA CEA CARO Rut: | Nombre: ILIAN MUÑOZ OSSANDON Rut: |

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

