

**259. INFORME MENSUAL DE GESTION**  
**PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER**  
**ACUÑA**

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	WILFREDO OLIVAREZ AVILES
Rut:	
Profesión	CONDUCTOR
Horas trabajadas	56 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	30-06-2025

MONTO BOLETA	<b>\$302.848</b>
N° BOLETA	<b>84</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JUNIO 2025	<b>01-06-2025</b>	<b>30-06-2025</b>

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	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 CESEAM SCHAFFHAUSER
Nombre: <b>WILFREDO OLIVAREZ AVILES</b> Rut:	Nombre: Rut:
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:

**Daniela Bastías González**  
Enfermera

