



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

|                                          |                          |
|------------------------------------------|--------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo                          | NATALIA TAPIA AHUMADA    |
| Rut:                                     |                          |
| Profesión                                | AUXILIAR DE SERVICIO     |
| Horas trabajadas                         | L-V:53.5 HRS S-D-F: 28   |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                        |
| Días licencia médica                     | 0                        |
| Fecha Informe                            | 30/06/2025               |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$ 257585 |
| Nº BOLETA    | 7         |

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

### 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<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM<br>       |
| Nombre: NATALIA TAPIA AHUMADA<br>Rut :                                        | Nombre: LIZETTE LPEZMA GALLARDO<br>Rut : |

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