

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

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	RUBEN RUBINAARAYA
Rut:	
Profesión	CONDUCTOR
Horas trabajadas	55.5 HRS /
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/06/2024 /


MONTO BOLETA	278.544 /
Nº DE BOLETA	472 /

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 05- 2024	HASTA: 20 -06-2024 /
JUNIO		

**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.**

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director CESFAM</p> 
<p><b>Nombre: Ruben Rubina Araya</b> <b>Rut:</b></p>	<p><b>Nombre: Lisette Ledezma Gallardo</b> <b>Rut:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre: Daniela Bastias Gonzalez</b> <b>Rut:</b></p>	<p><b>Nombre:</b> <b>Rut:</b></p>