

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

| | |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre | Julio Aliro Hennings Campos |
| Profesión | TECNOLOGO MEDICO |
| Horas trabajadas | 12 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0. |
| Días licencia médica | 0. |
| Período de informe (mes) | FEBRERO |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 120.252 |
|--------------|---------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21-01-2024 | 20-02-2024 |

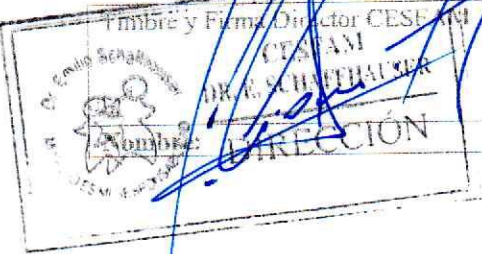
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|---|
| 1 | Realizar la toma de imágenes radiológicas de Urgencias que permitan una buena evaluación diagnóstica de parte de los médicos |
| 2 | Manejo óptimo de técnicas de exposición para realizar una adecuada radio-protección del paciente y de todo el personal ocupacionalmente expuesto. |
| 3 | Limpieza del equipo de rayos x, incluyendo detector, camilla y estativo, elementos de protección personal. |
| 4 | Subir la información de la toma de exámenes en el sistema Avis y Kpaes. |
| 5 | Derivar Exámenes a Médico Radiólogo para la generación de informes. |
| 6 | Participar en otras labores de gestión encomendada por la jefatura. |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) 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.

Justificación (rellenar en caso de cubro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

NO APLICA

| | |
|---|--|
|  | Timbre y Firma prestador de servicio |
| Nombre: DIRECCIÓN | Nombre: Julio Aliro Hennings Campos |