

**261. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA
HENRIQUEZ**

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	CRISTINA VALENCIA SANTANDER
Rut:	
Profesión	AUXILIAR DE SERVICIO
Horas trabajadas	7 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Fecha Informe	18/04/2024

MONTO BOLETA	21.133.-
Nº BOLETA	84

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/03/2024	20/04/2024

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 (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: CRISTINA VALENCIA SANTANDER Rut:	Nombre: Rut:  Carolina Pizarro Pichuente CPTERRMIRA

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



INFORME JUSTIFICACION 2024

Establecimiento	Sar Raul Silva Henriquez
Nombre Completo	Cristina Valencia Santander
Rut:	
Programa	261 programa de aps urgencia
Profesión	Auxiliar de servicio

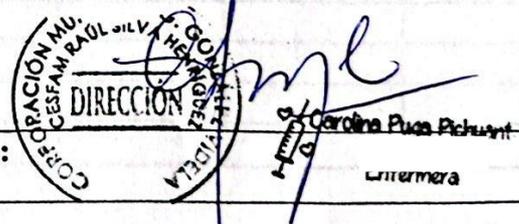
MONTO BOLETA	21.133
Nº BOLETA	84

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
Marzo	21-02-2024	20-03-2024

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

Cobro del mes de marzo error en la digitacion de la boleta anterior

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: cristina valencia	Nombre: Carolina Puga Pichuan
Rut: _____	Rut: _____



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