

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

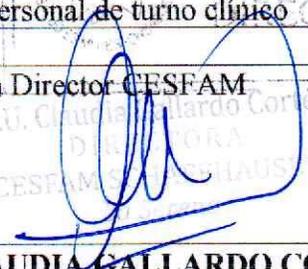
Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	ARIEL ZARATE GONZALEZ
Rut:	
Profesión	AUXILIAR DE SERVICIO
Horas trabajadas	14 HRS.
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	20 DE MAYO DE 2024

MONTO BOLETA	\$ 42.266.-
Nº BOLETA	210

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-03-2024	HASTA: 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: ARIEL ZARATE GONZALEZ Rut:	Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES Rut:

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



# INFORME JUSTIFICACION 2024

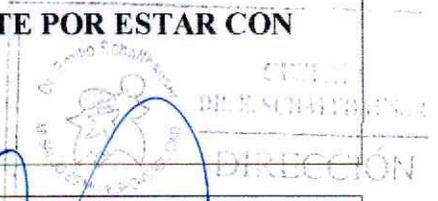
Establecimiento	SAR CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	ARIEL ZARATE GONZALEZ
Rut:	
Programa	SAR
Profesión	AUXILIAR DE SERVICIOS

MONTO BOLETA	\$ 42.266.-
Nº BOLETA	210

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-03-2024	HASTA: 20-04-2024
--------------------	-------------------	-------------------

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

**BOLETA NO PRESENTADA EN EL PLAZO CORRESPONDIENTE POR ESTAR CON LICENCIA MEDICA**



Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
<b>Nombre: ARIEL ZARATE GONZALEZ</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b> <b>Rut:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>	<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>