



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

| | |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo | JULIA ARENAS FERRADA |
| Rut: | |
| Profesión | AUXILIAR DE SERVICIO |
| Horas trabajadas | 44 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO |
| Días licencia médica | NO |
| Fecha Informe | 18 DE MAYO DE 2024 |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$578.228 |
| Nº BOLETA | 92 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| MAYO 2024 | 01/05/2024 | 31/05/2024 |

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: JULIA ARENAS FERRADA Rut: | Nombre: <i>Marcela Salgado Cortés</i> Rut: |

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