

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

|  |                 | SCHAFFHAUSER ACUNA   |
|--|-----------------|--|
| Establecimiento                          |                 | SAR DR EMILIO SCHAFFINA  |
| Nombre Completo                          |                 | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA   |
| Rut:                                     |                 | JUAN NICOLAS BAHAMONDES HIDALGO  |
| Profesión                                |                 | AUXILIAR DE SERVICIO   |
| Horas trabajadas                         |                 | 129,5 HORAS  |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                 | N/A  |
| Días licencia médica Fecha Informe       |                 | N/A  |
|  |                 | 18 DE OCTUBRE DE 2024  |
| MONTO BOLETA                             | \$ 430.101      | - 115 DE 2024  |
| N° BOLETA N° 114                         |                 |  |
| DEDIODO                                  | 1-, 114         | THE STATE OF THE S |
| PERIODO DE INFORME                       | DESDE:          | 21-09-2024 HASTA: 20 10 2024   |
|  |                 | 21-09-2024 HASTA: 20-10-2024   |
| FUNCIONES DE                             | A 7             |  |
| TONCIONES RE                             | ALIZADAS E      | DURANTE EL PERIODO   |
|  |                 |  |
| 1 Responsable v and                      | GUN CONTR       | RATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA   |
| tombié 1 1                               | argado efectua  | r y mantener el orden, la limpieza de la Unidad, como  |
| pates be-                                | nfección de pis | r y mantener el orden, la limpieza de la Unidad, como os, paredes, persianas, equipos: como camillas, chatas,  |
| patos, basureros, se                     | anitarios etc.  |  |
| 2 Colaborar con el p                     | ersonal de salu | d en labores de contención, inmovilización de  |
| 3 Colaborar en otras                     | con actividades | traslado de pacientes, tramitación de insumos.   |
| 4 Cumplir con las no                     | rmas de LA A G  | endadas por jefatura de turno  |
| Compile con las 110                      | imas de IAAS    | en conjunto con el personal de turno clínico   |
| l'imbre y firma del ejecutor de          | los manta :     | An Esta  |
| P. Natural o P. Jurídica)                |                 | Timbre y Firma Subdirector CESFAM  |
| Nombre: JUAN BAH                         | =               | + // -   |
| IDALGO                                   |                 | Nombre: FABIAN JAMET RIVERA  |
| tut:                                     |                 | Rut:   |
|  |                 |  |
| imbre y Firma Coordinadora Programa      |                 | Timbre v Firma Jose D  |
|  |                 | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud   |
| ombre:                                   |                 | Nomb   |
| t:                                       |                 | Nombre:  |

Rut: