



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

|                                          |                                  |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | CAMILA ELIZABETH FÁBREGA FLORES  |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | AUXILIAR DE SERVICIO             |
| Horas trabajadas                         | 146,5 HRS                        |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                              |
| Días licencia médica                     | N/A                              |
| Fecha Informe                            | 31/03/2025                       |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$ 490076 |
| Nº BOLETA    | 91        |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| MARZO 2025         | 01/03/2025            | 31-03-2025            |

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. Juri)                       | Timbre y Firma Director CESFAM                  | <br>CESFAM<br>DR. E. SCHAFFHAUSER |
| Nombre: CAMILA FABREGA FLORES<br>Rut:                                                        | Nombre: <i>Rita Gabián Jamet</i><br>Rut:        |                                                                                                                        |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                         | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud              |                                                                                                                        |
| Nombre: <i>Daniela Bastías González</i><br>Rut: <i>Daniela Bastías González</i><br>Enfermera | Nombre: <i>Daniela Bastías González</i><br>Rut: |                                    |