

**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 hRS                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                              |
| Días licencia médica                     | N/A                              |
| Fecha Informe                            | 30/04/2025                       |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | \$ 492893 |
| Nº BOLETA    | 93        |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| ABRIL 2025         | 01/04/2025            | 30-04-2025            |

**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. Jurídico) | Timbre y Firma Director CESFAM  |
| Nombre: CAMILA FÁBREGA FLORES                                              | Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTÉS |
| Rut:                                                                       | Rut:                            |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Daniela Bastías González     | Nombre: Gabriela Bastías González  |
| Rut:                                 | Rut:                               |

