



INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS
DIRECCIÓN DE: CHIVILCAN 0910
Mes de: Abril de 2024

I.- **Funcionario** : PAULA GALVEZ SUAZO
Departamento : SALUD
Decreto (contrato) : DRC 6392 11/04/2024
Centro de costo o ítem : 320401
Nombre Programa : SAR Pedro de Valdivia

II.- **Boleta Número** : 50
Fecha Boleta : 30/04/2024
Valor Bruto Boleta : \$247.200
Valor Cuota según Contrato : 940.800. -

*En caso de diferencia entre valor boleta y valor cuota contrato **aclarar***

Realiza turnos:

39 horas fin de semana

12 horas de semana

Sábado 13/04 - 17:00 a 08:00 /15hrs ×\$4800

Sábado 20/04 - 08:00 a 20:00/12hrs ×\$4800

Lunes 22/04 - 17:00 a 08:00/15hrs ×4000

Domingo 28/04 - 20:00 a 08:00/ 12hrs ×4800

III.- Funciones Contratadas:

Apoyar al profesional médico en la atención de pacientes en el SAR Pedro de Valdivia, en su calidad de **Tec. Nivel Superior en Enfermería, en horario de funcionamiento de dicho servicio, lo que contempla:**

- Recepción e inscripción de pacientes al Servicio de Urgencia
- Control de signos vitales
- Aplicación de tratamientos inyectables u orales
- Curaciones
- Entrega de Información y orientación al paciente y/o acompañante
- Dispensación de medicamentos en el botiquín de SAR
- Acompañar, asistir y registrar al paciente que, por indicación médica, es derivado al Hospital en la ambulancia del servicio

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Recepción e inscripción de pacientes al Servicio de Urgencia

- Control de signos vitales
- Aplicación de tratamientos inyectables u orales
- Curaciones
- Entrega de Información y orientación al paciente y/o acompañante
- Dispensación de medicamentos en el botiquín de SAR
- Acompañar, asistir y registrar al paciente que, por indicación médica, es derivado al Hospital en la ambulancia del servicio

Turnos realizados:


Sábado 13/04 - 17:00 a 08:00 /15hrs x\$4800

Sábado 20/04 - 08:00 a 20:00/12hrs x\$4800

Lunes 22/04 - 17:00 a 08:00/15hrs x4000

Domingo 28/04 - 20:00 a 08:00/ 12hrs x4800

El detalle anterior resume el material y antecedentes **que se mantendrán como evidencia en poder de la Dirección.**



Nombre y Firma Prestador Servicio



Coordinadora SAR


Myrma Mansilla Barria
DIRECTORA
Cesfam Pedro de Valdivia

Nombre y Firma Director (a)