



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE: CHIVILCAN 0910**  
**Mes: ABRIL de 2025**

|      |                                   |                          |
|------|-----------------------------------|--------------------------|
| I.-  | <b>Funcionario</b>                | : EDGAR SANCHEZ OLIVEROS |
|      | <b>Departamento</b>               | : SALUD                  |
|      | <b>Decreto (contrato)</b>         | : 7719 30/05/2025        |
|      | <b>Centro de costo o ítem</b>     | : 320401                 |
|      | <b>Nombre Programa</b>            | : SAR Pedro de Valdivia  |
| II.- | <b>Boleta Número</b>              | : 127                    |
|      | <b>Fecha Boleta</b>               | : 30/04/2025             |
|      | <b>Valor Bruto Boleta</b>         | : \$ 2.559.000           |
|      | <b>Valor Cuota según Contrato</b> | : \$ 2.559.000           |

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

III.- Funciones Contratadas:

Apoyar la atención de pacientes en el SAR Pedro de Valdivia, en horario de atención de SAR dicho servicio, **Médico Cirujano**, lo que contempla:

- Plantear una hipótesis diagnóstica y definir la conducta inmediata para cada caso
- Registrar la atención médica y sus indicaciones en el formulario de Urgencia respectivo.
- Realizar y entregar al paciente o acompañante, el comprobante de atención médica.
- indicar el uso de ambulancia según criterio medico

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Plantear una hipótesis diagnóstica y definir la conducta inmediata para cada caso
- Registrar la atención médica y sus indicaciones en el formulario de Urgencia respectivo.
  - Realizar y entregar al paciente o acompañante, el comprobante de atención médica.
  - indicar el uso de ambulancia según criterio médico.

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

  
Dr. Edgar David Sanchez  
Médico Cirujano  
Rut: 28.101.427-7

**Nombre y Firma Prestador Servicio**

  
Pablo Sarmiento Candia  
19.880.552-1  
Enfermera

**Jefe de SAR**



(S).

  
**Nombre y Firma Director (a)**

