



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

- I.-
- |                               |   |                                        |
|-------------------------------|---|----------------------------------------|
| <b>Funcionario</b>            | : | ERIK LUIS VASQUEZ PEREZ                |
| <b>Departamento</b>           | : | SALUD                                  |
| <b>Decreto (contrato)</b>     | : | 12.583                    14 /10 /2025 |
| <b>Centro de costo o ítem</b> | : | 32 04 01                               |
| <b>Nombre Programa</b>        | : | SAR Pedro de Valdivia                  |
- II.-
- |                                   |   |              |
|-----------------------------------|---|--------------|
| <b>Boleta Número</b>              | : | 190          |
| <b>Fecha Boleta</b>               | : | 31/10/2025   |
| <b>Valor Bruto Boleta</b>         | : | \$ \$345.000 |
| <b>Valor Cuota según Contrato</b> | : | \$ \$345.000 |

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

III.- Funciones Contratadas:

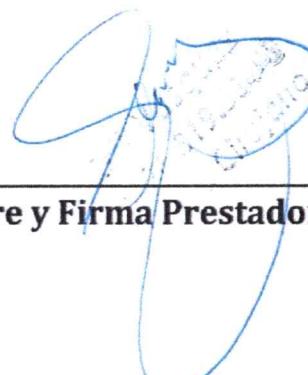
Apoyar la atención de pacientes en el SAR Pedro de Valdivia, en horario de atención de SAR dicho servicio, **Médico Cirujano**, lo que contempla:

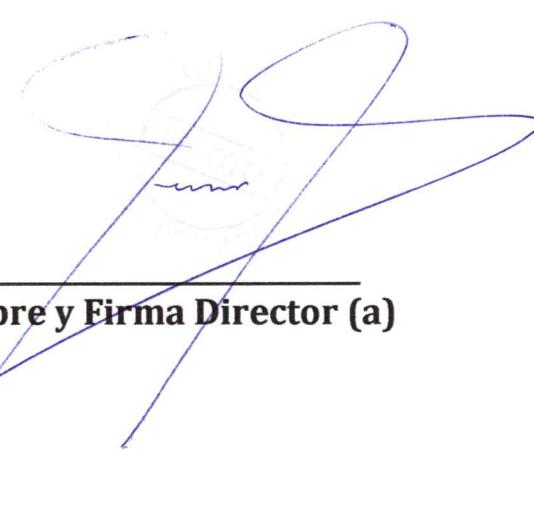
- Plantear una hipótesis diagnóstica y definir la conducta inmediata para cada caso
- Registrar la atención médica y sus indicaciones en el formulario de Urgencia respectivo.
- Realizar y entregar al paciente o acompañante, el comprobante de atención médica.
- indicar el uso de ambulancia según criterio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

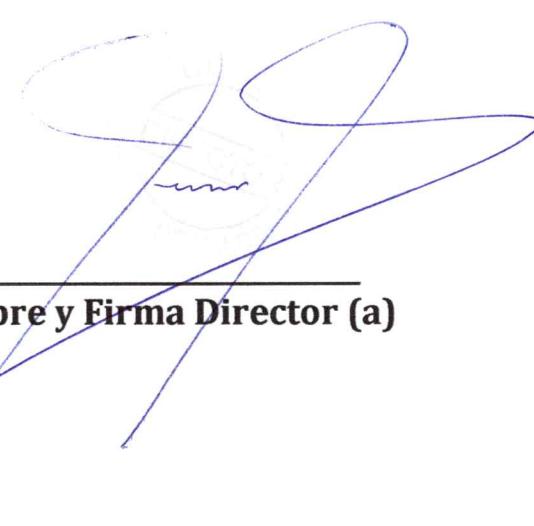
IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

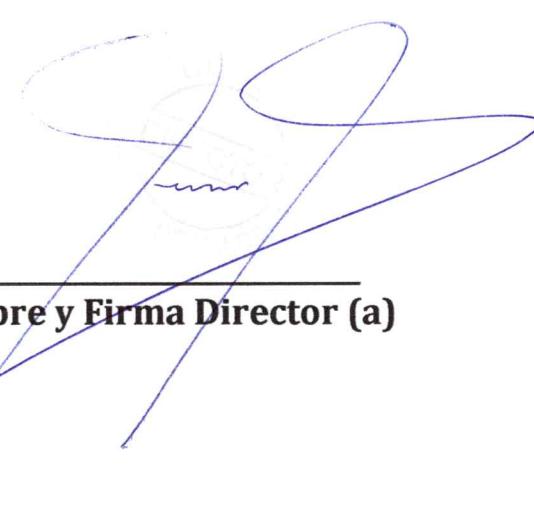
- Plantear una hipótesis diagnóstica y definir la conducta inmediata para cada caso
- Registrar la atención médica y sus indicaciones en el formulario de Urgencia respectivo.
  - Realizar y entregar al paciente o acompañante, el comprobante de atención médica.
  - indicar el uso de ambulancia según criterio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

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

  
Nombre y Firma Prestador Servicio

  
Ninoshka Valenzuela Bravo  
Enfermera  
21.161.417-R

  
NOMBRE Y FIRMA  
JEFE DE SAR

  
Nombre y Firma Director (a)

