



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

|      |                                   |                                  |
|------|-----------------------------------|----------------------------------|
| I.-  | <b>Funcionario</b>                | : NICOLE ALEJANDRA MEDINA VARELA |
|      | <b>Departamento</b>               | : SALUD                          |
|      | <b>Decreto (contrato)</b>         | : 12051      06/10/25            |
|      | <b>Centro de costo o ítem</b>     | : 320401                         |
|      | <b>Nombre Programa</b>            | : SAR Pedro de Valdivia          |
| II.- | <b>Boleta Número</b>              | : 149                            |
|      | <b>Fecha Boleta</b>               | : 30/09/2025                     |
|      | <b>Valor Bruto Boleta</b>         | : \$1.069.600                    |
|      | <b>Valor Cuota según Contrato</b> | : \$1.299.600                    |

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

AUSENCIA 25 DE SEPTIEMBRE (10 HRS DE SEMANA)

III.- Funciones Contratadas:

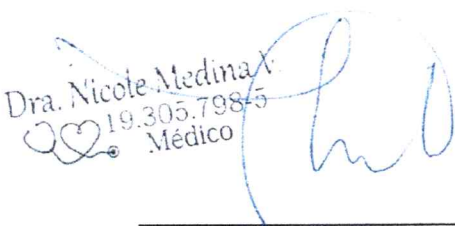
Apoyar la atención de pacientes en el SAR Pedro de Valdivia, en horario de atención de SAR dicho servicio, **Médico Cirujano**, lo que contempla:

- 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.**

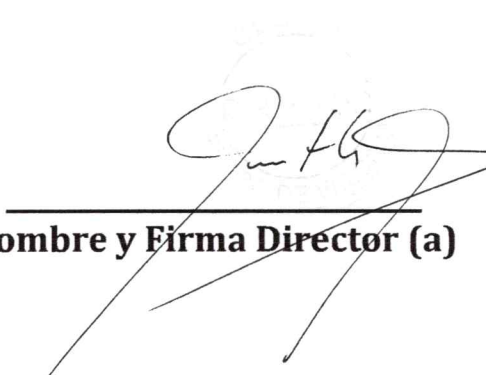
  
Dra. Nicole Medina  
19.305.798-5  
Médico

**Nombre y Firma Prestador Servicio**

  
Pablo Sarmiento Candia  
19.380.552-1  
Enfermero

**Jefe de SAR**



  
**Nombre y Firma Director (a)**

