



203. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN APOYO EVENTOS

| | |
|--|-----------------------|
| Establecimiento | DEPARTAMENTO DE SALUD |
| Nombre | JOHANA JIL DIAZ |
| Profesión | CONDUCTOR |
| Horas trabajadas | 10 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia médica | - |
| Periodo de informe (mes) | DICIEMBRE |

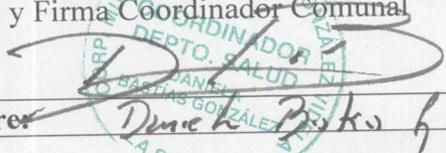
| | |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | \$54.080 |
|--------------|----------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| NOVIEMBRE 2023 | 21/11/2023 | 20/12/2023 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|---|
| 1 | ASISTENCIA PRIMEROS AUXILIOS |
| 2 | CONTROL DE SIGNOS VITALES |
| 3 | REGULACIÓN CON SAMU -SAR O SAPU SEGÚN PROCEDA |
| 4 | REALIZACIÓN DE CURACIONES E INMOVILIZACIONES |
| 5 | REGISTRO DE DAPU PARA DERIVACIÓN A UNIDAD DE EMERGENCIA |
| 6 | TRASLADOS DE PACIENTES |
| 7 | APOYO EVENTO CONDUCTOR |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la Bitácora del vehículo y/o libro de novedades de turno e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al Programa. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

| | |
|--|--------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinador Comunal | Timbre y Firma prestador de servicio |
|  Nombre: Daniel Bastián González | Nombre: JOHANA JIL DIAZ |