



203. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN APOYO EVENTOS

Establecimiento	DEPARTAMENTO DE SALUD
Nombre	DEMETRIO SANTIBAÑEZ JOFRE
Profesión	CONDUCTOR
Horas trabajadas	6
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Periodo de informe (mes)	

MONTO BOLETA	32448
--------------	-------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 17-02-2024	HASTA: 17-02-2024
--------------------	-------------------	-------------------


FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	TRASLADO DE PRESTADORES DE SERVICIOS PARA ACTIVIDADES DE VACUNACIÓN
2	TRANSPORTE DE INSUMOS VARIOS DE VACUNACIÓN
3	
4	

Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)

NO APLICA

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: 	Nombre: