

| | |
|---|--|
|  | 203. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN APOYO EVENTOS |
|---|--|

| | |
|--|-----------------------|
| Establecimiento | DEPARTAMENTO DE SALUD |
| Nombre | ANA CARMONA GUTIERREZ |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 7hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | FEBRERO |

| | |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 42560 |
|--------------|-------|

| | | |
|--------------------|-----------------|-----------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 17-02-24 | HASTA: 17-02-24 |
|--------------------|-----------------|-----------------|

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 |

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: MACARENA VARGAS | Nombre: ANA CARMONA |