 CORPORACION MUNICIPAL La Serena	203. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN APOYO EVENTOS
--	--

Establecimiento	DEPARTAMENTO DE SALUD
Nombre	AMANDA PAZ URIBE PEREDO
Profesión	TENS
Horas trabajadas	6
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Periodo de informe (mes)	MARZO

MONTO BOLETA	
--------------	--


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
NOVIEMBRE 2023	16/03/2024	16/03/2024

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)

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.

 Coordinador Comunal Macarena Vargas del Solar	Tímbr e y Firma prestador de servicio
Nombre: kinesióloga	Nombre: <i>AMANDA PAZ URIBE PEREDO</i>