

	<b>203. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN APOYO EVENTOS</b>
---	--

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

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

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

<b>Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)</b>  <hr/> <hr/> <hr/>
---

**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.**

	<b>Timbre y Firma Coordinador Comunal</b> Macarena Vargas del Solar	<b>Timbre y Firma prestador de servicio</b>  
<b>Nombre:</b> Kinesióloga	<b>Nombre:</b> AMANDA PAZ URIBE PEREDO	