



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN (APOYO EVENTOS COD 203)</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	DEPARTAMENTO DE SALUD
Nombre Completo	AMANDA PAZ URIBE PEREDO
RUT	
Programa	APOYO EVENTO
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	7
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	18-04-2024

MONTO Y Nº BOLETA	Nº563 \$42560
-------------------	---------------

PERIODO DE INFORME	FECHA EVENTO día - mes- año
ABRIL	31-03-2024

**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 (EVENTO INFANTIL LOS CONEJOS )

**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 Dpto. de Salud	Timbre y Firma del Prestador de Servicios
	<b>Nombre Completo: AMANDA URIBE PEREDO</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud	
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	