



|                                          |  |                                                    |  |
|------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA            |  | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN (APOYO EVENTOS COD 203) |  |
| Establecimiento                          |  | DEPARTAMENTO DE SALUD                              |  |
| Nombre Completo                          |  | AARON ROJAS ACOSTA                                 |  |
| RUT                                      |  |                                                    |  |
| Programa                                 |  | APOYO EVENTOS                                      |  |
| Profesión                                |  | TENS                                               |  |
| Horas trabajadas semanales               |  | 08 HRS                                             |  |
| Días permiso administrativo o vacaciones |  | NO APLICA                                          |  |
| Días licencia                            |  | NO APLICA                                          |  |
| Fecha Informe                            |  | 23/09/2024                                         |  |
| MONTO Y N° BOLETA                        |  | \$80000.- / 250                                    |  |

|                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| PERIODO DE INFORME | FECHA EVENTO día - mes- año |
| SEPTIEMBRE         | 20/09/2024                  |

| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |                                                         |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| N°                                      | 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 PAMPILLA PARQUE COLL                       |

**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 |
|                                           |                                           |
| Nombre Completo: Daniela Bastias González | Nombre Completo: AARON ROJAS ACOSTA       |
| RUT:                                      |                                           |
| Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud        |                                           |
|                                           |                                           |
| Nombre Completo:                          |                                           |
| RUT:                                      |                                           |