Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo

Ministerio de Salud

| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN (APOYO EVENTOS COD 203) |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Establecimiento | DEPARTAMENTO DE SALUD |
| Nombre Completo | MASSIEL DE LOS ANGELES CALDERON LEIVA |
| RUT | |
| Programa | APOYO EVENTO |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas semanales | 10 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia | N/A |
| Fecha Informe | 18 – OCTUBRE – 2024 |

| | |
|---|---|
| MONTO Y N° BOLETA | **$100.000 MONTO BRUTO N°BOLETA 77** |

| PERIODO DE INFORME | FECHA EVENTO día - mes- año |
|---|---|
| OCT - 2024 | **21 - SEPTIEMBRE – 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 OLLA DE CALDERA) |

**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:**<br>**RUT:** | **Nombre Completo: MASSIEL CALDERON LEIVA**<br>**RUT:** |
| Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud | |
| **Nombre Completo:**<br>**RUT:** | |

COORDINADOR(A) DEPTO. SALUD DANIELA BASTÍAS GONZÁLEZ
Daniela Bastías González
Enfermera

MUNICIPALIDAD GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA LA SERENA
DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN

| CORPORACION MUNICIPAL La Serena | INFORME JUSTIFICACION 2024 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL DE SALUD |
| Nombre Completo | MASSIEL DE LOS ANGELES CALDERON LEIVA |
| Rut: | |
| Programa | APOYO EVENTO |
| Profesión | TENS |

| | |
|---|---|
| MONTO BOLETA | $100.000 |
| Nº BOLETA | 77 |

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|---|---|---|
| SEPTIEMBRE | 21 DE SEPTIEMBRE 2024 | 21 DE SEPTIEMBRE 2024 |

**Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)**

**_____NO FUE POSIBLE EL COBRO DE BOLETA, POR ENTREGA TARDIA DE BOLETA E INFORME AL DEPARTAMENTO DE SALUD**

| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Coordinadora Programa |
|---|---|
| **Nombre: MASSIEL CALDERON LEIVA**<br>**Rut:** | **Nombre:**<br>**Rut:** |

COORDINADOR DEPTO. SALUD DANIELA BASTIAS GONZÁLEZ

Daniela Bastias González
Enfermera

| Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
|---|
| **Nombre:**<br>**Rut:** |

DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN