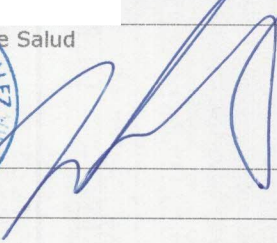




I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA		INFORME MENSUAL DE GESTIÓN (APOYO EVENTOS COD 203)	
Establecimiento	DEPARTAMENTO DE SALUD		
Nombre Completo	MARÍA JOSÉ GUERRA ÁLVAREZ		
RUT			
Programa	APOYO EVENTO		
Profesión	TENS		
Horas trabajadas semanales	4 HRS		
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A		
Días licencia	N/A		
Fecha Informe	31-12-2024		
MONTO Y N° BOLETA	\$24.320.-	N°NUMERO DE BOLETA: 502	
PERIODO DE INFORME		FECHA EVENTO 17-08 -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 (CAMINATA CANCER DE MAMAS)		
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 Jefe de Servicios	
 DANIEL BASTÍAS GONZÁLEZ COORDINADOR DPTO. DE SALUD		 MARÍA JOSÉ GUERRA ÁLVAREZ	
Nombre Completo: Daniel Bastías González		Nombre Completo: MARÍA JOSÉ GUERRA ÁLVAREZ	
RUT:		RUT:	
Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud			
 MUNICIPALIDAD DE LA SERENA DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN			
Nombre Completo:			
RUT:			



INFORME JUSTIFICACION 2024

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL DE SALUD
Nombre Completo	MARIA JOSE GUERRA
Rut:	
Programa	APOYO EVENTO
Profesión	TENS

MONTO BOLETA	\$24.320
Nº BOLETA	502

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
AGOSTO	17-08-2024	17-08-2024

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

SE JUSTIFICA POR NO PAGO POR ERROR DE DIGITACION

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones
(P. Natural o P. Jurídica)

Nombre: MARIA JOSE GUERRA
Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre:
Rut:



Daniela Bastías González
Enfermera

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre:
Rut:

