



18

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

Establecimiento	DEPARTAMENTO DE SALUD
Nombre Completo	MARÍA JOSÉ VEAS ZUÑIGA
RUT	
Programa	APOYO EVENTO
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	
Días permiso administrativo o vacaciones	-N/A
Días licencia	-N/A
Fecha Informe	31-03-2025

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$36.480 N°69</b>
-------------------	----------------------

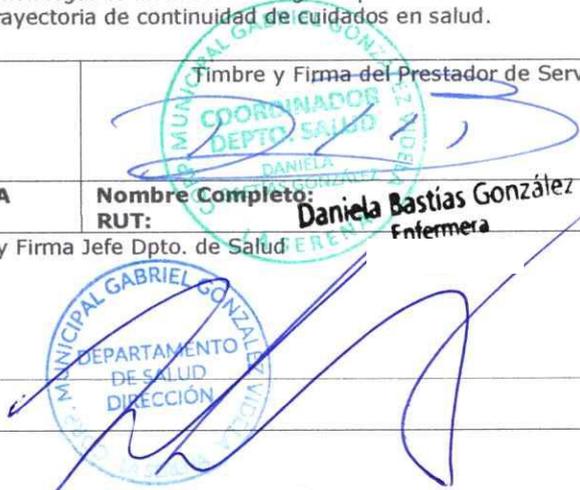
PERIODO DE INFORME	FECHA EVENTO 01 - 12- 2024
MES DEL PERIODO DEL EVENTO	

**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 (NOMBRE DEL EVENTO)

**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.

r Dpto. de Salud	Timbre y Firma del Prestador de Servicios
Nombre Completo: <b>MARÍA JOSÉ VEAS ZUÑIGA</b> RUT:	Nombre Completo: <b>Daniela Bastías González</b> RUT: <i>Enfermera</i>
	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	





# INFORME JUSTIFICACION 2024

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL DE SALUD
Nombre Completo	MARÍA JOSÉ VEAS ZUÑIGA
Rut:	
Programa	APOYO EVENTO
Profesión	TENS

MONTO BOLETA	\$36.480
Nº BOLETA	Nº 69

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
DICIEMBRE 2024	01-12-2024	01-12-2024

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

**SE JUSTIFICA POR NO PAGO POR ERROR DE DIGITACION**

---

---

---

---

---

T (F)	s prestaciones	Timbre y Firma Coordinadora Programa  <b>Daniela Bastias González</b> Enfermera
Nombre: MARÍA JOSÉ VEAS ZUÑIGA	Nombre:	
Rut:	Rut:	

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  	Nombre:	
	Rut:	