



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

Establecimiento	DEPARTAMENTO DE SALUD
Nombre Completo	JOCELYN CERDA
RUT	
Programa	APOYO EVENTO
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	06 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	-N/A
Días licencia	-N/A
Fecha Informe	30-04-2025

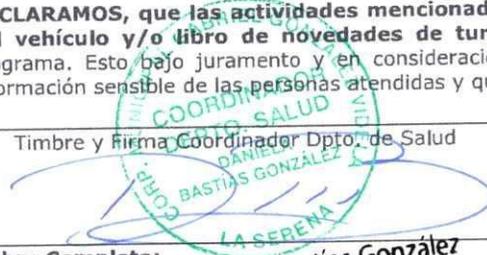
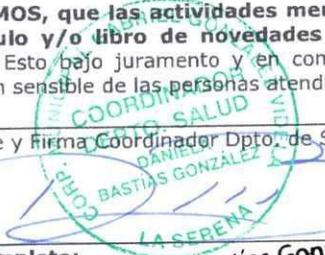
MONTO Y N° BOLETA	\$36.480 N°84
-------------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	FECHA EVENTO día - mes- año
ENERO	04-01-2025

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 COMPLEJO DEPORTIVO LOS LLANOS

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  Daniela Bastias González Enfermera	Timbre y Firma del Prestador de Servicios  JOCELYN CERDA
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:
Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:



INFORME JUSTIFICACION 2025

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL DE SALUD
Nombre Completo	JOCELYN CERDA
Rut:	
Programa	APOYO EVENTO
Profesión	TENS

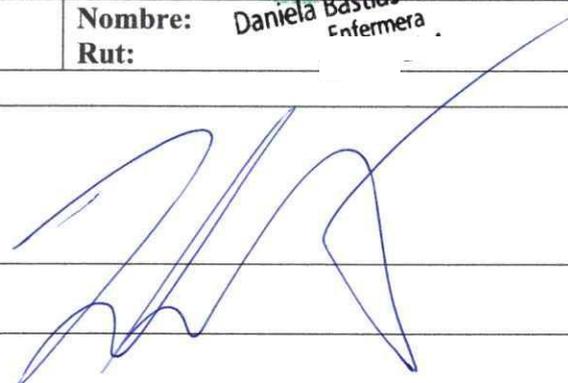
MONTO BOLETA	\$36.480
N° BOLETA	N° 84

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	04-01-2025	04-01-2025

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)	Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre: JOCELYN CERDA Rut:	 Nombre: Daniela Bastias González Rut: Enfermera

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre: Rut: