

INFORME SERVICIOS DE HONORARIOS.

JULIO	2024
Mes	Año

I.- Datos.

1.- Nombre.	ANABELLA DE LA LUZ MOLINA MANRIQUEZ		
2.- Rut.			
3.- Nº Decreto.	Alcaldicio:	Imputación: 1140596054002	Centro de Costos:
4.- Dirección a la que pertenece.	DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO - ALBERGUE - NOCHE DIGNA		

II.- Función según lo que indica el contrato de prestación de servicios.

- **Técnico en enfermería - TENS, Albergue Noche Digna**
Responsable de las necesidades de salud que presentan los participantes del dispositivo Atención directa de salud a los usuarios Atender complicaciones menores de salud Ejercer rol de promotor de salud, educativo y buenas prácticas para evitar enfermedades registrar en bitácora de atenciones y derivaciones en el turno. Apoyar y colaborar en higiene de usuarios

III.- Descripción de las funciones realizadas.**Turno Tarde "Noche Digna"**

15:30 hrs Se recibe turno a Yessennia Pardo, en entrega de turno comenta que usuario David Cadiz se lo lleva ambulancia a urgencias de HSLB y queda hospitalizado

16:30 hrs Se toma glicemia a usuario Jose Gutierrez 98 HGT

19:00 hrs Control de signos vitales

20:30 hrs Usuario Juan Silva se administra metformina

21:00 hrs Se administra insulina más lozartan a usuario Ernesto Ibar

22:00 hrs Se hace ronda albergue 1 y 2, sin novedad

22:30 hrs Se hace entrega de turno sin novedad.

Turno Tarde "Noche Digna"

15:30 hrs Se recibe turno a Tens Yessennia Pardo, informa que usuario Jose Luis Gutierrez se encuentra un poco decaído

16:00 hrs Se va a ver a usuario Jose Luis Gutierrez y se encuentra dormido, todos los demás usuarios sin novedad

18:30 hrs Control de signos vitales

21:00 hrs Administración de medicamentos a usuarios Ernesto Ibar lozartam más insulina y Juan Silva metformina

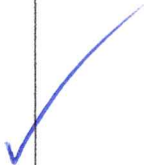
22:00 hrs Se realiza ronda albergue 1 y 2, sin novedad

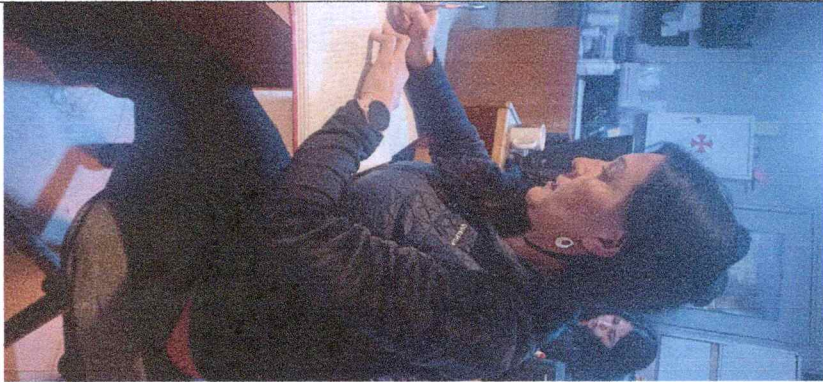
22:30 hrs Se entrega turno a monitores de noche, sin novedad.



IV.- Cobertura: (mencionar y adjuntar documentos de respaldo).

Fecha Cobertura:	Descripción Cobertura:	Tipo Cobertura:
------------------	------------------------	-----------------

2024-07-06	CONTROL DE SIGNOS VITALES	FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-07-06	Descripción Cobertura: Apoyando a la entrega de cena a los usuarios	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-07-07	Descripción Cobertura: Apoyando a la entrega de cena a los usuarios	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA



		
Fecha Cobertura: 2024-07-07	Descripción Cobertura: Ingresando información libro de enfermería	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-07-13	Descripción Cobertura: Ingresando información libro de enfermería	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

		
Fecha Cobertura: 2024-07-13	Descripción Cobertura: ORDENANDO INSTRUMENTOS PARA IR A CONTROLAR A USUARIOS	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		
Fecha Cobertura: 2024-07-14	Descripción Cobertura: Controlando a usuaria	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA

		
Fecha Cobertura: 2024-07-14	Descripción Cobertura: ORDENANDO MEDICAMENTO DE USUARIO	Tipo Cobertura: FOTOGRAFÍA
		


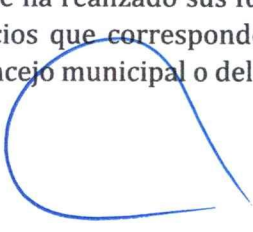
V.- Observaciones.

Sin Observaciones

ANABELLA DE LA LUZ MOLINA
MANRIQUEZ
PRESTADOR

CERTIFICADO CONTRAPARTE TÉCNICA

Yo, **JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA, DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO**, en mi calidad de contraparte técnica del prestador/a de servicios a honorarios que emite el presente informe, certifico que ha realizado sus funciones en el presente mes, en virtud al contrato de prestación de servicios que corresponde, y a los objetivos y requerimientos de las labores aprobadas por el concejo municipal o del Programa Municipal en que se desempeña.



JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO



LUIS ANTONIO ARAYA AMAYA
COORDINADOR (A) PROGRAMA

