

INFORME SERVICIOS DE HONORARIOS

DICIEMBRE	2023
Mes	Año

I.- Datos.

1.- Nombre.	MARIA PAZ REYES SILVA		
2.- Rut.			
3.- Nº Decreto:	Alcaldicio : 3651	Imputación : 2152104004001	Centro de Costos : 250501
4.- Dirección a que pertenece.	DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO - Piscina Maipo		

II.- Función según lo que indica el contrato.

-ATENCION AL USUARIO EN CASO DE ACCIDENTES -PREVENCION DE ACCIDENTES, -APOYO DEL PROGRAMA

III.- Descripción de las funciones realizadas.

SE DEJA EN OBSERVACIÓN A PACIENTE CON REACCIÓN ALÉRGICA.

ORDEN Y LIMPIEZA EN SALA DE ENFERMERÍA

REVISION DE MATERIAL

REVISION DE MATERIAL

SE REALIZA TOMA DE PRESION A FUNCIONARIO HIPERTENSO.

Apoyo a salvavidas en recinto

SE REALIZA CURACIÓN EN DEDO PULGAR DEL PIE A PACIENTE QUE RECIBE GOLPE Y CORTE EN LA ZONA.

ASEO COMPLETO Y ORDEN EN SALA DE ENFERMERIA

TOMA DE HEMOGLUCOTEST A PACIENTE DIABETICO.

IV.- Cobertura (Adjuntar Respaldos).

Fecha de la actividad: 2023-12-01	Descripción de la Actividad: PACIENTE EN REPOSO POR REACCIÓN ALÉRGICA EN CUELLO	Tipo de Respaldo: FOTOGRAFÍA
--------------------------------------	--	------------------------------





Fecha de la actividad: 2023-12-04	Descripción de la Actividad: ORDEN Y LIMPIEZA EN SALA DE ENFERMERIA	Tipo de Respaldo: FOTOGRAFIA
--------------------------------------	--	------------------------------



Fecha de la actividad: 2023-12-06	Descripción de la Actividad: SE REALIZA TOMA DE PRESIÓN A PACIENTE DESCOMPENSADO	Tipo de Respaldo: FOTOGRAFIA
--------------------------------------	---	---------------------------------

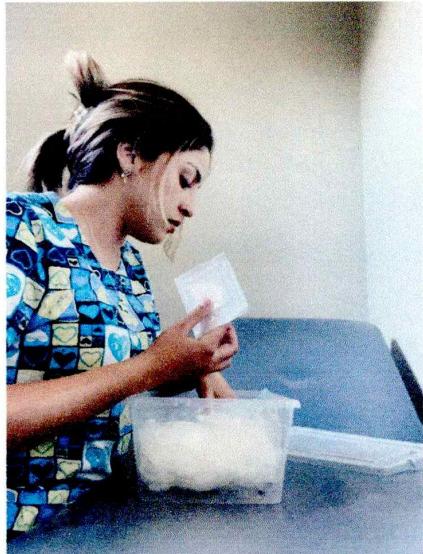
A handwritten signature or mark in blue ink, consisting of a large oval shape with a stylized line extending from its bottom left.



Fecha de la actividad: 2023-12-11	Descripción de la Actividad: SE REALIZA CURACIÓN EN DEDO PULGAR A PACIENTE QUE RECIBE GOLPE Y CORTE EN LA ZONA	Tipo de Respaldo: FOTOGRAFÍA
--------------------------------------	--	---------------------------------



Fecha de la actividad: 2023-12-12	Descripción de la Actividad: REVISIÓN DE MATERIAL	Tipo de Respaldo: FOTOGRAFÍA
-----------------------------------	--	------------------------------



Fecha de la actividad: 2023-12-14	Descripción de la Actividad: TOMA DE HEMOGLUCOTEST	Tipo de Respaldo: FOTOGRAFÍA
--------------------------------------	---	------------------------------



V.- Observaciones.

MARIA PAZ REYES SILVA
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

FREDDY LEONARDO CARRASCO SALAZAR
COORDINADOR/A PROGRAMA