



|                                      |                                                                  |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br/>COD. 303 TRASLADO DIÁLISIS</b> |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

|                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | MARITZA BARRAZA ARAVENA              |
| RUT                                      |                                      |
| Programa                                 | TRASLADO DIÁLISIS                    |
| Profesión                                | TENS                                 |
| Horas trabajadas semanales               | 13 HORAS                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                  |
| Días licencia                            | N/A                                  |
| Fecha Informe                            | 30 DE NOVIEMBRE DE 2024              |

|                  |             |
|------------------|-------------|
| NÚMERO DE BOLETA | Nº 540      |
| MONTO BOLETA     | \$ 76.919.- |

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-10-2024 | HASTA: 31-10-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA            |
|----|-------------------------------------------------------------|
| 1  | TRASLADO DE PACIENTES DESDE DOMICILIO A CENTROS DE DIALISIS |
| 2  | CONTROL DE SIGNOS VITALES                                   |
| 3  | ASISTENCIA EN CASO DE URGENCIA                              |
| 4  | PLANIFICACION DE RUTA DE TRASLADO                           |
| 5  | REGISTRO DE BITACORA                                        |
| 6  | ASISTIR EN MOVILIZACION DE PACIENTES                        |

**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.

|                                                                |                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre Completo: MARITZA BARRAZA ARAVENA</b><br><b>RUT:</b> | <b>Timbre y Firma Director/a CESFAM</b><br><br><b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b><br><b>RUT:</b> |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                                                                                                   | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                                                                                                       |
| <br> | <br> |
| Nombre Completo:<br>RUT:                                                                                                                                               | Nombre Completo:<br>RUT:                                                                                                                                                 |
| Daniela Bastías González<br>Enfermera                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |