



201. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN TRASLADOS DE DIÁLISIS

| | |
|--|----------------------|
| Establecimiento | CESFAM JUAN PABLO II |
| Nombre | ITALIER CORTES |
| Profesión | CONDUCTOR |
| Horas trabajadas | 21 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | FEBRERO 2024 |

| | |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 104928 |
|--------------|--------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21-01-2024 | 20-02-2024 |

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 | ASISITENCIA EN CASO DE URGENCIA |
| 4 | PLANIFICACION DE RUTA DE TRASLADO |
| 5 | REGISTRO DE BITACORA |
| 6 | ASISTIR EN MOVILIZACION DE PACIENTES |

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

NO APLICA

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 Director CESFAM | Timbre y Firma Prestador de servicio |
| Nombre: CAROLINA PEREZ P | Nombre: ITALIER CORTES |



