



|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br/>COD.201 TRASLADO DIÁLISIS</b> |
|--------------------------------------|---|

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM PAC               |
| Nombre Completo                          | MILTON HONORES PEREZ     |
| RUT                                      |                          |
| Programa                                 | TRASLADO DIÁLISIS        |
| Profesión                                | TENS                     |
| Horas trabajadas semanales               | L-V 48hrs./ S-D-F 30HRS. |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                          |
| Días licencia                            |                          |
| Fecha Informe                            | 18 JUNIO 2024            |

|                  |        |
|------------------|--------|
| NÚMERO DE BOLETA | 661    |
| MONTO BOLETA     | 440304 |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JUNIO              | 21/05/24              | 20/06/24              |

|  |
|--|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|--|

| 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.**

|   |   |
|---|---|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones   | Timbre y Firma Directora CESFAM                   |
| Nombre Completo: Milton Honores Pérez<br>RUT:     | Nombre Completo: Lizette Ledezma Gallardo<br>RUT: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa              | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                |
| Nombre Completo: Daniela Bastias Gonzalez<br>RUT: | Nombre Completo:<br>RUT:                          |