



I. MUNICIPALIDAD DE LA  
SERENA

INFORME MENSUAL DE GESTIÓN  
COD.303 TRASLADO DIÁLISIS

|                                          |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------|
| Establecimiento                          | ICESFAM JUAN PABLO                |
| Nombre Completo                          | FELIPE DE DIOS RODRIGUEZ CASTILLO |
| RUT                                      |                                   |
| Programa                                 | TRASLADO DIÁLISIS                 |
| Profesión                                | TENS                              |
| Horas trabajadas semanales               | 95 hrs                            |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                 |
| Días licencia                            | 0                                 |
| Fecha Informe                            | 18/09/2024                        |

|                  |         |
|------------------|---------|
| NÚMERO DE BOLETA | 85      |
| MONTO BOLETA     | 568.664 |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 08 - 2024 | HASTA: 20 - 09 - 2024 |
|                    |                       |                       |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA            |
|----|-------------------------------------------------------------|
| 1  | TRASLADO DE PACIENTES DESDE DOMICILIO A CENTROS DE DIÁLISIS |
| 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                        |

**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 Director/a CESFAM                                 |
| <b>Nombre Completo:</b> FELIPE DE DIOS RODRIGUEZ CASTILLO<br><b>RUT:</b> | <b>Nombre Completo:</b> Juan Diego Muñoz Ossandón<br><b>RUT:</b> |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                     | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                               |
| <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>                                   | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>                           |