



| | |
|--------------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD. 303 TRASLADO DIÁLISIS |
|--------------------------------------|--|

| | |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo | CAMILA VILLANUEVA OYARCE |
| RUT | |
| Programa | TRASLADO DIÁLISIS |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas semanales | 15 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia | N/A |
| Fecha Informe | 18 DE OCTUBRE DE 2024 |

| | |
|------------------|-------------|
| NÚMERO DE BOLETA | Nº 189 |
| MONTO BOLETA | \$ 80.595.- |

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-09-2024 | HASTA: 20-10-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

| |
|--|
| 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 | 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 | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
| Nombre Completo: CAMILA VILLANUEVA OYARCE RUT: | Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT: |