



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

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Establecimiento                          | Cesfam Juan Pablo II              |
| Nombre Completo                          | Felipe De Dios Rodriguez Castillo |
| RUT                                      |                                   |
| Programa                                 | TRASLADO DIÁLISIS                 |
| Profesión                                | TENS                              |
| Horas trabajadas semanales               | 42                                |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                 |
| Días licencia                            | 0                                 |
| Fecha Informe                            | 31/12/2024                        |

|                  |         |
|------------------|---------|
| NÚMERO DE BOLETA | 93      |
| MONTO BOLETA     | 331.692 |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 12 - 2024 | HASTA: 31 - 12 - 2024 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA            |
|----|---|
| 1  | TRASLADO DE PACIENTES DESDE DOMICILIO A CENTROS DE DIÁLISIS |
| 2  | CONTROL DE SIGNOS VITALES                                   |
| 3  | ASISTENCIA EN CASO DE URGENCIA                              |
| 4  | PLANIFICACIÓN DE RUTA DE TRASLADO                           |
| 5  | REGISTRO DE BITÁCORA  |
| 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 CEFAM  |
| <b>Nombre Completo: Felipe de Dios Rodriguez Castillo</b><br><b>RUT:</b>  | <b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón</b><br><b>RUT:</b>   |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br> |
| <b>Nombre Completo: Daniela Bastias González</b><br><b>RUT:</b> Enfermera   | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>   |

