



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD:202 TRASLADO DIÁLISIS
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	HUGO LUZA VENDRELL
RUT	
Programa	TRASLADO DIÁLISIS
Profesión	CONDUCTOR
Horas trabajadas semanales	22 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	28 DE FEBRERO DE 2025

NÚMERO DE BOLETA	Nº 343
MONTO BOLETA	\$ 110.336.-

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-01-2025	HASTA: 31-01-2025
--------------------	-------------------	-------------------

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	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	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: HUGO LUZA VENDRELL RUT:	Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:
Daniela Bastías González Enfermera	

INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024

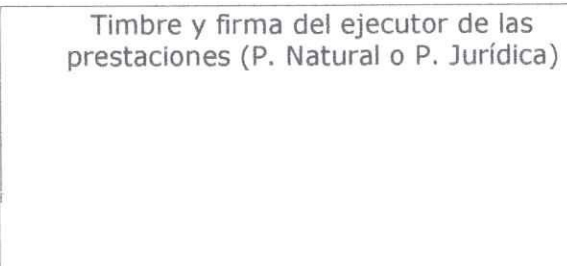
Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	HUGO LUZA VENDRELL
RUT	
Programa	EXTENSION TRASLADO DIALISIS
Profesión	CONDUCTOR
Fecha de informe	28 DE FEBRERO DE 2025

Numero de Boleta	N° 343
Monto Boleta	\$ 110.336.-

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-01-2025	HASTA: 31-01-2025
--------------------	-------------------	-------------------

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

BOLETA CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO 2025 PRESENTADA SIN RESPALDOS CORRESPONDIENTES

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	
Nombre Completo: HUGO LUZA VENDRELL	Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES
RUT:	RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre Completo:
RUT:

Daniela Bastías González
Enfermera