



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	XIMENA ARAYA LEYTON
RUT	
Programa	TRASLADO DIÁLISIS
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	16 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	28 DE FEBRERO DE 2025

NÚMERO DE BOLETA	Nº 403
MONTO BOLETA	\$ 118.038.-

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	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	las	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: XIMENA ARAYA LEYTON		Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES
RUT:		RUT:

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



CORPORACION MUNICIPAL
Gabriel González Videla
La Serena

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	XIMENA ARAYA LEYTON
RUT	
Programa	EXTENSION TRASLADO DIALISIS
Profesión	TENS
Fecha de informe	28 DE FEBRERO DE 2025

Numero de Boleta	N° 403
Monto Boleta	\$ 118.038.-

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: XIMENA ARAYA LEYTON RUT:	 Timbre:  Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTÉS RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa
 Timbre:  Nombre Completo: Daniela Bastías González RUT: Enfermera