



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

Establecimiento	CESFAM PAC
Nombre Completo	YESSENIA ELIZABETH ARAYA VILLARROEL
RUT	
Programa	TRASLADO DIÁLISIS
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	L-V 3 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	31 DE MARZO DE 2025

NÚMERO DE BOLETA	461
MONTO BOLETA	16119

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
FEBRERO	1/ 2/2025	28/2/2025

**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

**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
	 <i>Lizette Ledezma Gallardo</i> <b>ENFERMERA</b>
<b>Nombre Completo: YESSENIA ARAYA VILLARROEL</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: Lizette Ledezma Gallardo</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
 <b>Nombre Completo: Daniela Bastias Gonzalez</b> <b>RUT:</b>	 <b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

INFORME JUSTIFICACION BOLETA COBRO ATRASADO 2025

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	YESSENIA ELIZABETH ARAYA VILLARROEL
RUT	
Programa	TRASLADO DIALISIS
Profesión	TENS
Fecha de informe	31-3-25

Numero de Boleta	461
Monto Boleta	16119

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
FEBRERO	1-2-25	28-2-25

JUSTIFICACION DE COBRO ATRASADO Y MES DE REFERENCIA

NO PAGO DE BOLETA REALIZADA EN EL MES DE FEBRERO QUE FUE EJECUTADA

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	 <i>Lizette Ledezma Gallardo</i>
<b>Nombre Completo:</b> <b>YESSENIA ELIZABETH</b> <b>ARAYA VILLARROEL</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>LIZETTE LEDEZMA</b> <b>GALLARDO</b> <b>RUT:</b> <i>ENFERMERA</i>

Timbre y Firma Coordinadora Programa

<b>Nombre Completo:</b> <b>DANIELA BASTIAS</b> <b>GONZALEZ</b> <b>RUT:</b>