



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

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	MARÍA JOSÉ ALVAREZ VELASQUEZ
RUT	
Programa	TRASLADO DIÁLISIS
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	12 (L-V) 9 (S-D-F)
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31/03/2025

NÚMERO DE BOLETA	264
MONTO BOLETA	119196

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
FEBRERO	01-02-2025	28-02-2025

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	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 prestaciones	 Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo: MARÍA JOSÉ ALVAREZ VELÁSQUEZ</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: LISETTE LEDEZMA GALLARDO</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
 <b>Nombre Completo: DANIELA BASTIÁS GONZÁLEZ</b>	 <b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

RUT:

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO  
2024**

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	MARÍA JOSÉ ALVAREZ VELASQUEZ
RUT	
Programa	TRASLADO DIÁLISIS
Profesión	TENS
Fecha de informe	31-03-2025

Numero de Boleta	264
Monto Boleta	119.196

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
FEBRERO.	01-02-2025.	28-02-2025

**Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia**

**No pago de boleta realizada en el mes de febrero que fue ejecutada**


<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> María José alvarez <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

Timbre y Firma Coordinadora Programa



**Nombre Completo:** Daniela Bastías González  
**RUT:** Enfermera