

|                                      |                                                                 |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <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                          | ALVARO CARVAJAL BARRAZA |
| RUT                                      |                         |
| Programa                                 | TRASLADO DIÁLISIS       |
| Profesión                                | TENS                    |
| Horas trabajadas semanales               | 58 HRS                  |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                       |
| Días licencia                            | 0                       |
| Fecha Informe                            | 30/04/2025              |

|                  |           |
|------------------|-----------|
| NÚMERO DE BOLETA | 679       |
| MONTO BOLETA     | \$331.430 |

|                    |                                     |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año<br>01/04/2025 | HASTA: día - mes- año<br>30/04/2025 |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

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

| 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 y firma del ejecutor de las prestaciones                                                                                                        | Timbre y Firma Director/a CESFAM                                                                                               |
| <b>Nombre Completo: ALVARO CARVAJAL B</b><br><b>RUT:</b>                                                                                               | <b>Nombre Completo: JUAN DIEGO MUÑOZ O</b><br><b>RUT:</b>                                                                      |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                                                                                   | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                                                             |
| <br><b>Nombre Completo: Daniela Bastias González</b><br><b>RUT:</b> | <br><b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b> |