



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	CAMILA VEAS ROMERO
RUT	
Programa	TRASLADO DIÁLISIS
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	9 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	30 DE ABRIL DE 2025

NÚMERO DE BOLETA	Nº 66
MONTO BOLETA	\$ 48.357.-

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-04-2025	HASTA: 30-04-2025
--------------------	-------------------	-------------------

**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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones</p>	<p>Timbre y firma del Director/a CESFAM</p> <div style="text-align: center;"> <p><b>EMILIO SCHAFFHAUSER</b> <b>DIRECCIÓN</b></p> </div>
<p><b>Nombre Completo: CAMILA VEAS ROMERO</b> RUT: _____</p>	<p><b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b> RUT: _____</p>

Timbre y Firma Coordinadora Programa



Nombre Completo:

RUT:

**Daniela Bastías González**  
Enfermera

Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



Nombre Completo:

RUT: