



| | |
|--------------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD. 303 TRASLADO DIÁLISIS |
|--------------------------------------|--|

| | |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo | HERMAN PIZARRO CAMUS |
| RUT | ----- |
| Programa | TRASLADO DIÁLISIS |
| Profesión | CONDUCTOR |
| Horas trabajadas semanales | 31 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia | N/A |
| Fecha Informe | 30 DE JUNIO DE 2025 |

| | |
|------------------|--------------|
| NÚMERO DE BOLETA | Nº 99 |
| MONTO BOLETA | \$ 152.528.- |

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-06-2025 | HASTA: 30-06-2025 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

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><i>[Firma]</i></p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;">  CESFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCIÓN </p> <p><i>[Firma]</i></p> |
| <p>Nombre Completo: HERMAN PIZARRO CAMUS</p> <p>RUT: _____</p> | <p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</p> <p>RUT: _____</p> |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: RUT: | Nombre Completo: RUT: |







Daniela Bastias González