



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.201 TRASLADO DIÁLISIS |
|--------------------------------------|---|

| | |
|--|------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFAUSE ACUÑA |
| Nombre Completo | HERMAN PIZARRO CAMUS |
| RUT | |
| Programa | TRASLADO DIÁLISIS |
| Profesión | CONDUCTOR |
| Horas trabajadas semanales | 35 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia | N/A |
| Fecha Informe | 18 JUNIO 2024 |

| | |
|------------------|------------|
| NÚMERO DE BOLETA | Nº 79 |
| MONTO BOLETA | \$ 178.480 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21-05-2024 | 20-6-2024 |

| |
|--|
| 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 |
| 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 |
|  Nombre Completo: HERMAN PIZARRO CAMUS RUT: _____ |  Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTÉS RUT: _____ |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: RUT: | Nombre Completo: RUT: |