



270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA FOFAR

| | |
|--|----------------------------|
| Establecimiento | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre | Johana Cortes Villagran |
| rut | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 10 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Fecha informe | 18/04/2024 |

| | |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 57390 |
|--------------|-------|

| | |
|-----------|-----|
| N° BOLETA | 306 |
|-----------|-----|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| Abril | 21/03/2024 | 20/04/2024 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|--|
| | Inventario General |
| | |
| | |
| | |
| | |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) 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 (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: Johana Cortes Villagran Rut: | Nombre: Lizette Ledezma Gallardo Rut: |

| | |
|--|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Daniela Bastias Gonzalez Rut: | Nombre: Rut: |