

|  |   |
|--|---|
|  <b>CORPORACION MUNICIPAL<br/>La Serena</b> | <b>270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br/>PROGRAMA FOFAR</b> |
|--|---|

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM LAS COMPAÑIAS  |
| Nombre                                   | MELIZA ALEGRIA RIVERA |
| Rut                                      |                       |
| Profesión                                | TENS                  |
| Horas trabajadas                         | 5.5 HRS               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                     |
| Días licencia médica                     | -                     |
| Fecha informe                            | 30-11-2024            |


|              |               |
|--------------|---------------|
| MONTO BOLETA | \$31.565 N°40 |
|--------------|---------------|



|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 01/11/2024            | 30/11/2024            |

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

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|--|
| 1  | INVENTARIO GENERAL DE INSUMOS Y FARMACOS         |

**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. | Timbre y Firma Director CESFAM  |
| Nombre: Meliza Alegria Rivera<br>Rut:                            | <br><b>Carolina Troncoso Checcón</b><br>Kinesióloga |

|   |  |
|---|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa  | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud   |
| <br><b>Daniela Bastías González</b><br>Enfermera | <br><b>Carolina Troncoso Checcón</b><br>Kinesióloga |