

## 270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA FOFAR

|                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre                                   | VALERIA HONORES RAMIREZ              |
| rut                                      |                                      |
| Profesión                                | TENS                                 |
| Horas trabajadas                         | 3 HORAS                              |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                  |
| Días licencia médica                     | N/A                                  |
| Fecha informe                            | 30 DE NOVIEMBRE DE 2024              |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| MONTO BOLETA | \$ 17.217.- N° 89 |
|--------------|-------------------|

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-11-2024 | HASTA: 30-11-2024 |
| NOVIEMBRE          |                   |                   |

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

|   |                                                  |
|---|--------------------------------------------------|
| N | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
| o |                                                  |
| 1 | INVENTARIO SEGUNDO SEMESTRES                     |

**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<br>(P. Natural o P. Jurídica)                                               | Timbre y Firma Director CESFAM<br>     |
| Nombre: VALERIA HONORES RAMIREZ<br>Rut:                                                                                     | Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES<br>Rut:                                                                                    |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br> |
| Nombre:<br>Rut:                                                                                                             | Nombre:<br>Rut:                                                                                                            |