

270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA FOFAR

Establecimiento	CESFAM Pedro Aguirre Cerda
Nombre	Johana Cortés Villagrán
Rut	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	8
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Fecha Informe	30/04/2025

MONTO BOLETA	\$45.912
Nº BOLETA	309

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
(mes)	01/04/2025	30/04/2025

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Inventario General
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

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.

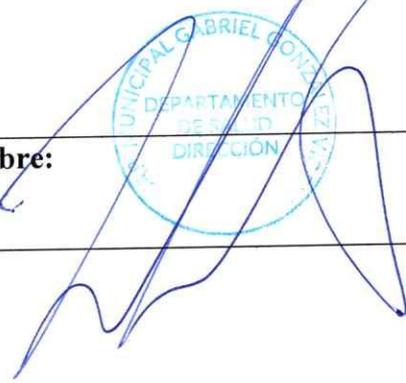
Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Johana Cortés Villagrán Rut:	 Nombre: Lizette Ledezma Gallardo Rut:
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ Rut: _____	Nombre: _____ Rut: _____



Handwritten signature in blue ink over a green circular stamp. The stamp text includes: "MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ", "COORDINADOR", "DANIELA BASTIAS GONZALEZ", and "LA SERENA".



Handwritten signature in blue ink over a blue circular stamp. The stamp text includes: "MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ", "DEPARTAMENTO DE SALUD", and "DIRECCION".