



CORPORACION MUNICIPAL
Cabildo Constitucional
La Serena

270. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA FOFAR

| | |
|--|-------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre | Sandra Flores Peralta |
| 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 | 100 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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 1ER SEMESTRE 2025 |
| 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)

Nombre: SANDRA FLORES PERALTA
Rut: _____

Timbre y Firma Director CESFAM



Nombre: CLAUDIA GALLARDO CORTES
Rut: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre: DANIELA BASTIAS
GONZALEZ
Rut: _____



Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud

Nombre:
Rut: _____

