

**272. INFORME MENSUAL DE GESTION
CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES**

| | |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL |
| Nombre Completo | AYLIN STHEFANNI FONTOVA GAJARDO |
| Rut: | |
| Profesión | NUTRICIONISTA |
| Horas trabajadas | 44 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 4/18 días (vacaciones) |
| Días licencia médica | 0 |
| Fecha Informe | JUNIO |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 1.403.509 |
| N.º BOLETA | 31 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JUNIO | 01 DE JUNIO 2025 | 30 DE JUNIO 2025 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1 | Visita Domiciliaria Integral (Elaboración o Evaluación Plan) | 0 |
| 2 | Visita Domiciliaria Tratamiento/Rehabilitación/Seguimiento | 50 |
| 3 | Procedimientos en Domicilio | 0 |
| 4 | Control Ambulatorio | 0 |
| 5 | Consulta Telefónica | 6 |
| 6 | Atención Ambulatoria a Familiares | 0 |
| 7 | Servicios Farmacéuticos | 0 |
| 8 | Apoyo Psicológico al Usuario, Familia o Cuidadores | 0 |
| 9 | Apoyo Social al Usuario | 0 |
| 10 | Educación | 6 |
| 11 | Apoyo en la Gestión de Manifestación de Voluntades Anticipadas | 0 |
| 12 | Visita domiciliaria integral | 50 |
| 13 | Trabajo en Salud Familiar | 0 |
| 14 | Elaboración y/o evaluación de planes de cuidado | 2 |

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 NO APLICA |
| Nombre: AYLIN FONTOVA GAJARDO Rut: | Nombre: Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa  | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  |
| Nombre: Rut: | Nombre: Rut: |