

	272. INFORME MENSUAL DE GESTION CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES															
	<table border="1"> <tr> <td>Establecimiento</td> <td>CRFI</td> </tr> <tr> <td>Nombre Completo</td> <td>Darlin Raquel Guíñez Salazar</td> </tr> <tr> <td>Rut:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Profesión</td> <td>Trabajadora Social.</td> </tr> <tr> <td>Horas trabajadas</td> <td>44 hrs</td> </tr> <tr> <td>Días permiso administrativo o vacaciones</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Días licencia médica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha Informe</td> <td>30/06/2025</td> </tr> </table>	Establecimiento	CRFI	Nombre Completo	Darlin Raquel Guíñez Salazar	Rut:		Profesión	Trabajadora Social.	Horas trabajadas	44 hrs	Días permiso administrativo o vacaciones		Días licencia médica		Fecha Informe
Establecimiento	CRFI															
Nombre Completo	Darlin Raquel Guíñez Salazar															
Rut:																
Profesión	Trabajadora Social.															
Horas trabajadas	44 hrs															
Días permiso administrativo o vacaciones																
Días licencia médica																
Fecha Informe	30/06/2025															

MONTO BOLETA	1.403.509
Nº BOLETA	13

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01- 06-2025	HASTA: 30-06-2025
Junio		

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Visita Domiciliaria Integral (Elaboración o Evaluación Plan)	46
2	Visita Domiciliaria Tratamiento/Rehabilitación/Seguimiento	
3	Procedimientos en Domicilio	
4	Control Ambulatorio	
5	Consulta Telefónica	2
6	Atención Ambulatoria a Familiares	
7	Servicios Farmacéuticos	
8	Apoyo Psicológico al Usuario, Familia o Cuidadores	
9	Apoyo Social al Usuario	
10	Educación	
11	Apoyo en la Gestión de Manifestación de Voluntades Anticipadas	
12	Visita domiciliaria integral	
13	Trabajo en Salud Familiar	
14	Elaboración y/o evaluación de planes de cuidado	

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: Darlin Raquel Guíñez Salazar F: 20.425.481.0	Nombre: Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: <i>Francoisa Alvarez</i> Rut:	Nombre: Rut: