



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)
--------------------------------------	--

Establecimiento	CECOSF VILLA LAMBERT
Nombre Completo	YENNIFER ANDREA MUNDACA ALVARADO
RUT	
Programa	Convenio CECOSF
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	44
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	734.236 boleto N°40
-------------------	---------------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según CONVENIO CECOSF	N° de Actividades	Observaciones
1	ENTREGA DE MEDICAMENTO		
2	ENTREGA DE PACAM Y PENAC		
3	REGISTRO DE TEMPERATURAS		
4	CURACIONES SIMPLES		
5	ADMINISTRACIÓN DE INYECTABLES		
6	TOMA DE MUESTRA		

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 CONVENIO CECOSF. 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.

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/a CESFAM 
Nombre Completo: YENNIFER ANDREA MUNDACA ALVARADO RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: <i>Alejandra Gottlieb C</i> RUT: <i>Psicóloga</i>	Nombre Completo: RUT:



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)
--------------------------------------	--

Establecimiento	CECOSF VILLA LAMBERT
Nombre Completo	YENNIFER ANDREA MUNDACA ALVARADO
RUT	
Programa	Convenio CECOSF
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	44
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	INFORME JUSTIFICA PRESTACIONES NO INFORMADAS DEL MES DE OCTUBRE
-------------------	---

PERIODO DE INFORME	DESDE: 19-10-2024	HASTA: 31-10-2024
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según CONVENIO CECOSF	N° de Actividades	Observaciones
1	ENTREGA DE MEDICAMENTO		
2	ENTREGA DE PACAM Y PENAC		
3	REGISTRO DE TEMPERATURAS		
4	CURACIONES SIMPLES		
5	ADMINISTRACIÓN DE INYECTABLES		
6	TOMA DE MUESTRA		

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 CONVENIO CECOSF. 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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: YENNIFER ANDREA MUNDACA ALVARADO RUT:	Nombre Completo: RUT:
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: RUT: <i>Alejandra Gottlieb C</i> Psicóloga	Nombre Completo: RUT: