



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CECOSF VILLA LAMBERT
Nombre Completo	FREDERICK ANDREE HICKS PERALTA
RUT	
Programa	CONVENIO CECOSF
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas semanales	22 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	6
Días licencia	0
Fecha Informe	30/11/2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>689.418Yn°100</b>
-------------------	----------------------

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

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

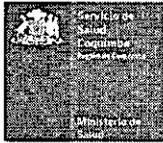
N°	Funciones según convenio CECOSF	N° de Actividades	Observaciones
1	TALLER PSCV	6	
2	TALLER POLIARTROSIS	6	
3	Visita domiciliaria integral	2	
4	Educación en taller	4	
5	Taller las tejedoras	1	
6	Material educativo	2	

**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 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 
<b>Nombre Completo:</b> FREDERICK HICKS P. <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
<b>Nombre Completo:</b> Alejandra Gottlieb C <b>RUT:</b> Psicóloga	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CECOSF VILLA LAMBERT
Nombre Completo	FREDERICK ANDREE HICKS PERALTA
RUT	
Programa	CONVENIO CECOSF
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas semanales	22 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30/11/2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>Informe justifica prestaciones no informadas del mes de octubre</b>
-------------------	--

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

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según convenio CECOSF	N° de Actividades	Observaciones
1	TALLER PSCV	3	
2	Visita domiciliaria integral	3	
3	TALLER POLIARTROSIS	3	
4	Material educativo	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 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.

Ti pres:	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo:</b> FREDERICK HICKS P. <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
<b>Nombre Completo:</b> <i>Alejandra Gottlieb C</i> <b>RUT:</b> <i>Psicóloga</i>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>