

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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: Gabriela Angelica Zarate Rojas RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón RUT: Kinesióloga</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: Alejandra Gottlieb C RUT: Psicóloga</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>



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

Establecimiento	CECOSF ARCOS DE PINAMAR
Nombre Completo	Gabriela Angélica Zárate Rojas
RUT	
Programa	Convenio CECOSF
Profesión	Tec. Trabajo Social Mención Intervención Social
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	Se informan prestaciones pendientes 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	Labores de agente comunitaria	33 horas	
2	Confirmación de Citas Cardiovasculares	11 horas	

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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: Gabriela Angelica Zarate Rojas RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Carolina Troncoso Chacón RUT: Kinesióloga</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: Alejandra Gottlieb C RUT: Psicóloga</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>