

| | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| Establecimiento | Cecosf Arcos de Pinamar |
| Nombre | Gabriela Zarate Rojas |
| Profesión | Tec. En Nivel superior en Trabajo Social |
| Horas trabajadas | 44 horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 3 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | NOVIEMBRE |

| | |
|---------------------|----------------|
| MONTO BOLETA | 550.352 |
|---------------------|----------------|


| | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 11 - 2023 | HASTA: 30 - 11 - 2023 |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN OPERATIVO COMUNITARIOS | 3 OPERATIVOS |
| 2 | COORDINACIÓN CON EL INTERSECTOR EN ACCIONES COMUNITARIAS. | 4 ACCIONES CON EL INTERSECTOR |
| 3 | PARTICIPACIÓN Y GESTIÓN EN TALLERES | 3 TALLERES |
| 4 | COORDINACIÓN Y GESTIÓN CON LOS PROFESIONALES PARA TALLERES Y CHARLAS EDUCATIVAS | 5 TALLERES |
| 5 | GESTIÓN CON AGENTES ACTIVOS PARA ACTIVIDAD MASIVA | 1 ACTIVIDAD MASIVA |
| 6 | MODERADORA DE REDES SOCIALES | 5 DÍAS |
| 7 | CONFIRMACIÓN DE HORAS EN AGENDAS DE PROFESIONALES | 5 DÍAS. |
| 8 | ENTREGA Y PROMOCIÓN DE TRIPTICOS EN SALA DE ESPERA. | 1 VEZ SEMANAL |

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.

| | |
|-------------------------|------------|
| FIRMA | |
| FECHA DE INFORME | 20-11-2023 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Nombre y Firma Director CESFAM</p> <p>Nombre: PAULIZETTE LEDEZMA GALLARDO</p> <p>16.053.614-4 Enfermera</p> | <p>Timbre y Firma prestador de servicio</p> <p>Nombre: GABRIELA ZARATE ROJAS</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|