

| | |
|--|-------------------------|
| Establecimiento | CECOSF VILLA ALEMANIA |
| Nombre | CESAR GALLARDO AGUILERA |
| Profesión | NOCHERO |
| Horas trabajadas | 56 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Periodo de informe (mes) | DICIEMBRE |

| | |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | \$210232 |
|--------------|----------|

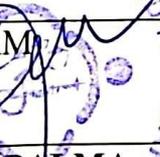
| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21/12/2023 | HASTA: 31/12/2023 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1 | ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL | |
| 2 | HORAS TRABAJADAS MENSUAL | |
| 3 | NOCHEROS RONDAS REALIZADAS DIARIAS | SI |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | Otras (especificar las acciones) | |

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 INFORME | 18/01/2024 |

| | |
|---------------------------------|---|
| Timbre y Firma Director CESEFAM |  |
| Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA | |



