| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION CÓDIGO 236 | | |
|-------------------------------|--|-------------------|--|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL | | |
| Nombre | PATRICIA ARCOS GUERRA | | |
| Profesión | KINESIOLOGA | | |
| Horas trabajadas | 44 HORAS | | |
| Días permiso administrativo | 0 | | |
| o vacaciones | | | |
| Días licencia médica | 0 | | |
| Periodo de informe (mes) | FEBRERO | | |
| | | | |
| MONTO BOLETA | 1.378.836 | | |
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01/02/2024 | HASTA: 29/02/2024 | |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A | RESULTADO |
|----|---|----------------------------|
| | PROGRAMA | |
| 1 | ESTIMULACION DEL DESARROLLO MOTOR DESDE 0 A 5 | Atenciones realizadas: 57 |
| | AÑOS EN ATENCION INDIVIDUAL | Atenciones inasistente: 36 |
| | | Ingresos: 13 |
| | | Egresos:11 |
| | | Rescates: 9 |
| 2 | TALLER DEL DESARROLLO MOTOR DESDE LOS 0 MESES | Atenciones realizadas: 14 |
| | A 12 MESES EN ATENCION GRUPAL | Atenciones inasistente: 14 |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | 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 BRIEL | 18/02/2024 | Λ |
| | | ABRIL |
| Timbre y Firma Director CESFAM | Timbre y Firma | Coordinador/a comunal Programa |
| CCORT MULL | | CO-MDINADOR (2) |
| Nombre: | Nombre: | Francisco |
| | | Pedes Montelvén 12 / |
| LA SEMINA | 1 | 1 |