



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

Establecimiento	CECOSF VILLA ALEMANIA
Nombre Completo	LUISA MACARENA TABILO ANGEL
RUT	/
Programa	
Profesión	AUXILIAR DE SERVICIO ✓
Horas trabajadas semanales	44 HRS ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	18/03/2024 ✓

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$578.228 N°39</b> ✓
-------------------	-------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-03-2024</b> ✓	HASTA: día - mes- año <b>31-03-2024</b> ✓
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL</b>		
<b>2</b>	<b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>		
<b>3</b>	<b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)ASEO Y DESINFECCION AREAS QUE COMPONEN CECOSF. EVACUACION BASURA. MANTENCION ASEO E HIGIENE BAÑOS Y COMEDOR</b>	<b>OK</b>	<b>ACCIONES REALIZADAS EN CECOSF VILLA ALEMANIA</b>

**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 PRAPS. 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><b>Nombre Completo: LUISA TABILO ANGEL</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: CAROLINA PEREZ PALMA</b> <b>RUT:</b> _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>