

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

Establecimiento	CECOSF VILLA LAMBERT
Nombre Completo	Viviana Arancibia Miranda
RUT	
Programa	Convenio CECOSF
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	44
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	6
Fecha Informe	Marzo 2024

MONTO Y N° BOLETA	\$524.606 BOLETA N°46
-------------------	-----------------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: 18 - FEBRERO - 2024	HASTA: 18 - MARZO- 2024
--------------------	----------------------------	-------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Educación en sala de espera sobre día del Riñón.	2 HORAS	COLABORACION A PROFESIONALES EN EFEMERIDES
2	Colaboración en visitas domiciliarias a usuarios que se encuentran inscritos en programas de CECOSF.	6 HORAS	ACOMPAÑAMIENTO EN VISITAS CON OTROS PROFESIONALES
3	Convocatoria mesa territorial.	2 HORAS	
4	Trabajo administrativo.	6 HORAS	LLENADO DE PLANILLAS DE RESCATES TELEFONICOS
5	Rescate telefónico	10 HORAS	
6	Activación de redes intersector y convocatoria a mesa territorial.	3 HORAS	
7	Redes sociales	5 HORAS	
8	Trabajo comunitario (vinculación con organizaciones comunitarias)	8 HORAS	

9	Preparación material primera mesa territorial.	2 HORAS	
10			
11			
12			

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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: