



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

Establecimiento	CECOSF ARCOS DE PINAMAR
Nombre Completo	ROSELYN ISABEL PEREIRA YAÑEZ
RUT	
Programa	CONVENIO CECOSF
Profesión	AUXILIAR PARAMEDICO EN ODONTOLOGIA
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	1
Días licencia	0
Fecha Informe	MARZO

MONTO Y N° BOLETA	<b>705.356 N°24</b>
-------------------	---------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 03- 2024	HASTA: 31 - 03- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

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

N°	Funciones según CONVENIO CECOSF	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL</b>	<b>128</b>	
2	<b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>	<b>44 HRS</b>	
3	<b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</b>		1.RECEPCION DE PACIENTES. 2.PREPARACION DE INSUMOS. 3.PREPARACION DE BOX. 4.PRELAVADO Y TRASPORTE DE MATERIAL. 5.RETIRO DE MATERIAL ESTERIL. 6. ASISTENCIA DENTAL EN BOX.

**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 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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> ROSELYN ISABEL PEREIRA YAÑEZ. <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</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>