



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

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | Cecosf villa lambert |
| Nombre Completo | Frederick Andree Hicks Peralta |
| RUT | |
| Programa | Convenio cecosf |
| Profesión | kinesiologo |
| Horas trabajadas semanales | 22 hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | MARZO |


| | |
|-------------------|----------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 689418 y N°75 |
|-------------------|----------------------|

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

| |
|---|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO DE MARZO |
|---|

| N° | Funciones según CONVENIO CECOSF | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | TALLER PSCV | 8 | |
| 2 | TALLER POLIARTROSIS | 4 | |
| 3 | VDI | 16 | |
| 4 | CONSEJERIAS | 20 | |
| 5 | ATENCIONES AGUDAS | 20 | |
| 6 | | | |

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. Juridica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p>Nombre Completo: Frederick Hicks Peralta RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |