



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

Establecimiento	CECOSF Arcos de Pinamar
Nombre Completo	Yanina Janeth Arriarán Rojas
RUT	
Programa	Convenio CECOSF
Profesión	Trabajador Social
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	ABRIL

MONTO Y N° BOLETA	<b>1.378.836.- BOLETA 38</b>
-------------------	------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01/04/2024	HASTA: 30/04/2024
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según CONVENIO CECOSF	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL</b>	<b>40</b>	
<b>2</b>	<b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>	<b>44HRS</b>	
<b>5</b>	<b>Visita domiciliarias</b>	<b>10</b>	
<b>6</b>	<b>Informes sociales</b>	<b>12</b>	
<b>7</b>	<b>Consejerías</b>	<b>12</b>	
<b>8</b>	<b>Actividades promoción/participación</b>	<b>3</b>	
<b>9</b>	<b>Programa Salud Mental (PRE-INGRESO / CONTROL)</b>	<b>20</b>	
<b>10</b>	<b>Convenio CECOSF</b>	<b>10</b>	
<b>11</b>	<b>Rescate Telefónico</b>	<b>15</b>	
<b>12</b>	<b>Bajo Control</b>	<b>1</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 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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p><i>Carolina Troncoso Ch.</i> KINESIOLOGA R.U.T:</p>
<p><b>Nombre Completo: Yanina Janeth Arriarán Rojas</b> <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>

