

| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSU | AL 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 | 18/07/2024 | | |
| MONTO Y N° BOLETA | 689.418 Y n° 90 | | |
| PERIODO DE INFORME | 01-07-2024 | HASTA: 31-07-2024 | |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | Funciones según convenio CECOSF | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---------------------------------|----------------------|---------------|
| 1 | | | |
| 1 | TALLER PSCV | 8 | |
| 2 | TALLER POLIARTROSIS | 8 | |
| 3 | Visita domiciliaria integral | 14 | |
| 4 | Consejerías | 16 | |
| 5 | Atención aguda | 20 | |
| 6 | EDUCACION EN SALA | 2 | |

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 pre | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
|---|--|
| Nombre Completo:FREDERICK HICKS P. RUT: | Nombre Completo: Carolina Puza Print. RUT: Enfarm. |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| | |
| | |
| Nombre Completo: RUT: | Nombre Completo: RUT: |