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

| | |
|---|---|
| Establecimiento | CECOSF Villa del Indio |
| Nombre Completo | Daniela Constanza Lutz Delgado |
| RUT | |
| Programa | Convenio CECOSF |
| Profesión | Enfermera |
| Horas trabajadas semanales | 22 hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia | - |
| Fecha Informe | 18/10/2024 |

| | |
|---|---|
| MONTO Y N° BOLETA | **689.418- N° 101** |

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | **ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL** | **24** | |
| 2 | **HORAS TRABAJADAS MENSUAL** | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 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 PRAPS. 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. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
|---|---|
| **Nombre Completo: Daniela Lutz Delgado**<br>**RUT:** | **Nombre Completo:** Catalina Castillo<br>**RUT:** |

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