

**INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)**

|                    |  |                          |                   |
|--------------------|--|--------------------------|-------------------|
| MONTO Y N° BOLETA  |  | <b>655.758 boleto 41</b> |                   |
| PERIODO DE INFORME |  | DESDE: 01/10/2024        | HASTA: 31/10/2024 |

[illegible]

**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> <div data-bbox="974 588 1185 798" data-label="Image"> </div> <p>Carolina Troncoso Checcón<br/>Fisióloga</p> |
| <p><b>Nombre Completo:</b> Gabriela Angelica Zarate Rojas<br/><b>RUT:</b></p>     | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><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><br/><b>RUT:</b></p> | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p> |