

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | <b>229. INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIO “PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES”</b> |
|-------------------------------|--|

|                     |                                      |
|---------------------|--------------------------------------|
| Establecimiento     | CESFAM Cardenal Raul Silva Henriquez |
| Nombre              | Karolina Rodriguez Torres            |
| Profesión           | Kinesiologa                          |
| Horas trabajadas    | 44 horas                             |
| Programa o convenio | Más Adultos Mayores Autovalentes     |
|                     |                                      |

|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| MONTO Y NÚMERO BOLETA | 1.157.204 Boleta N° 44 |
|-----------------------|------------------------|

|                    |                          |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año    | HASTA: día - mes- año    |
|                    | <b>01 NOVIEMBRE 2023</b> | <b>30 NOVIEMBRE 2023</b> |

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

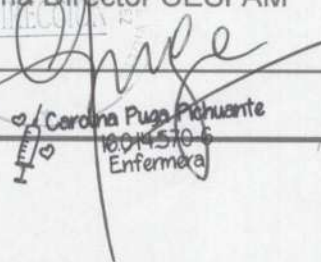
| N° |  | RESULTADO (ACCIONES) |
|----|--|----------------------|
| 1  | Taller de Actividad Física                   | 25                   |
| 2  | Taller de Estimulación Cognitiva             | 12                   |
| 3  | Taller de Autocuidado                        | 13                   |
| 4  | Evaluación Ingreso/Egreso                    | 51                   |
| 5  | Operativo de rescate usuarios MAS extramural | 7                    |
| 6  | Intervención en CAM                          | 9                    |

|   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| 8 | Otras (especificar las acciones) | 3 |
|---|----------------------------------|---|

**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 Programa. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de in [redacted] as personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continu [redacted] ud.

|               |            |
|---------------|------------|
| FIRMA         | [redacted] |
| FECHA INFORME | 20-11/2023 |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Timbre y Firma Director CESFAM | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa |
|--------------------------------|---|

**Nombre:**  Carolina Puga Pichuante  
10.014.510-6  
Enfermera

**Nombre:** 

