

| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | 205. INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN |  |
|-------------------------------|------------------------------------|--|
|                               | SERVICIO "ESTRATEGIA KEN"          |  |

| Establecimiento     | CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ    |  |
|---------------------|--------------------------------|--|
| Nombre              | Francisco Javier Aguirre Sacre |  |
| Profesión           | Kinesiologo                    |  |
| Horas trabajadas    | 44 horas                       |  |
| Programa o convenio | Estrategia K.E.N.              |  |

## MONTO Y NUMERO BOLETA 1.378.836 N°110

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
|                    | 01-AGOSTO-2024        | 31-AGOSTO-2024        |

## **FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° |                                                  | RESULTADO<br>(ACCIONES) |
|----|--------------------------------------------------|-------------------------|
| 1  | Taller de Actividad Física                       | 21                      |
| 2  | Taller Educativo cardiovascular (Nutri/EU)       | 0                       |
| 3  | Evaluación Ingreso/Egreso                        | 24                      |
| 4  | Operativo Extramural                             | 4                       |
| 5  | Operativo Intramural                             | 0                       |
| 6  | Administrativo (REM-Intersector)                 | 1                       |
| 7  | Otras (especificar las acciones) PLANIFICACIONES | 4                       |

**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.

| Nombre Completo:                                 | Nombre Completo:                   |
|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa             | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: + PANUSCO Just Aguint           | Nombre completo:                   |
| Timbre y firma del ejecutor de las prestacior 3) | Timbre y Firm & D) rector/a CESFAM |