



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	<b>205. INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIO “ESTRATEGIA KEN”</b>
-------------------------------	--

Establecimiento	Cesfam Raúl Silva Henríquez – Juan Pablo Segundo
Nombre	Stephanie Vergara Robles
Profesión	Enfermera
Horas trabajadas	44 hrs
Programa o convenio	Estrategia KEN

MONTO Y NUMERO BOLETA	\$1.378.836 N° 40 ✓
-----------------------	---------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 11- 2024	HASTA: 30- 11- 2024
En este informe se incluye actividades realizadas de 18-10-2024 al 31-10-2024 ✓		

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

N°	ENFERMERA	RESULTADOS
1	Taller educativo PSCV	8
2	Controles Cardiovasculares	10
3	Planificación de actividades	3
4	Egreso estrategia KEN	10
5	Reunión de Gestión – Estrategia KEN	1
6	Elaboración y preparación de talleres educativos	8
7	Rescate telefónico	18
8	Apoyo a Kinesiólogo en talleres de Actividad física PSCV	37
9	Gestión exámenes pacientes estrategia KEN	18
10	REM PSCV	2
	<b>PRESTACIONES REALIZADAS PERIODO 18/10/2024 A 31/10/2024</b>	
1	Taller educativo PSCV	2
2	Controles Cardiovasculares	10
3	Planificación de actividades	2
4	Reunión de Gestión – Estrategia KEN	1
5	Elaboración y preparación de talleres educativos	2
6	Rescate telefónico	0

7	Apoyo a Kinesiólogo en talleres de Actividad física PSCV	18
8	Gestión exámenes pacientes estrategia KEN	18
9	REM PSCV	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 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
	
<b>Nombre Completo: Stephanie Vergara</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> <b>Pablo Montecinos A.</b> <b>Kinesiólogo</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>