



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (PROGRAMA MAS AMA)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	KAROLINA MONSSERRAT RODRIGUEZ TORRES
RUT	
Programa	MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES
Profesión	KINESIOLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>47 1.270.000</b>
-------------------	---------------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-03-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-03-2024</b>
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	<b>35</b>	
2	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	<b>0</b>	
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	<b>30</b>	
4	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	<b>10</b>	
5	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	<b>1</b>	
6	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>	<b>0</b>	
7	<b>REM</b>	<b>0</b>	
8	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	<b>150</b>	<b>ELABORACION Y ENTREGA DE MATERIAL COMPLEMENTARIO PARA REALIZACION EN EL HOGAR- IMPRESIÓN DE CUADERNILLOS DE 24 SESIONES FISICAS, 12 SESIONES COGNITVAS Y 12 SESIONES DE AUTOCUIDADO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. STAND INFORMATIVOS Y</b>

			<b>CAPTACION DE USUARIOS EN FRONTIS DEL CESFAM.</b>
<b>9</b>			
<b>10</b>			
<b>11</b>			
<b>12</b>			

**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:</b> Karolina Rodriguez Torres <b>RUT:</b> _____	 <b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____

Timbre y Firma Coordinador Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____