

**I. MUNICIPALIDAD DE  
LA SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION (PROGRAMA MAS AMA)**

Establecimiento	Equipo de Salud Rural
Nombre Completo	Sebastian Alejandro Salazar Cubillos
RUT	
Programa	Más Adultos Mayores Autovalentes
Profesión	Terapeuta Ocupacional
Horas trabajadas semanales	Jornada 44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO Y N° BOLETA	1.270.000 Boleta N°85
-------------------	-----------------------

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	<b>16</b>	
<b>2</b>	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	<b>0</b>	
<b>3</b>	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	<b>15</b>	
<b>4</b>	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	<b>7</b>	
<b>5</b>	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	<b>2</b>	
<b>6</b>	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>	<b>0</b>	
<b>7</b>	<b>REM</b>	<b>0</b>	
<b>8</b>	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	<b>5</b>	<b>Jornada de reunión equipo comunal MÁS, organización, planificación y elaboración de material talleres, reunión encargado promoción.</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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> Sebastian Alejandro Salazar Cubillos <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <del>ROBERTA</del> ELIZABETH ALVAREZ ALVAREZ. <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> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>