



| | |
|--------------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION (PROGRAMA MAS AMA) |
|--------------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Establecimiento | CESFAM Las Compañías |
| Nombre Completo | Alejandra Andrea Trujillo Silva |
| RUT | |
| Programa | Programa Más adultos mayores autovalentes. |
| Profesión | Kinesióloga |
| Horas trabajadas semanales | 44 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18-03-2024 |

| | |
|-------------------|--|
| MONTO Y N° BOLETA | |
|-------------------|--|


| | | |
|--------------------|--|--|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 01-03-2024 | HASTA: día - mes- año 31-03-2024 |
|--------------------|--|--|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|--|-------------------|---|
| 1 | INGRESO A PROGRAMA MAS AMA | 40 | |
| 2 | EGRESO A PROGRAMA MAS AMA | 0 | |
| 3 | TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC) | 17 | |
| 4 | INTERVENCIÓN EN CAM | 2 | |
| 5 | REUNION INTERSECTORIAL | 3 | Reuniones con los encargados de promoción y participación CESFAM y CECOSF. |
| 6 | PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD | 0 | |
| 7 | REM | 0 | |
| 8 | OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO) | 43 | Escenografía para bienvenida del programa. Elaboración e impresión de |

| | | | |
|-----------|--|--|---|
| | | | cuadernillos cognitivos CAM. Elaboración e impresión tarjetas de derivaciones al CESFAM. |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |

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  Carolina Troncoso Ch. KINESIÓLOGA R.U.T: |
| Nombre Completo: ALEJANDRA ANDREA TRUJILLO SILVA RUT: | Nombre Completo: RUT: |

| | |
|--|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: RUT: | Nombre Completo: RUT: |