



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

Establecimiento	CESFAM Las Compañías
Nombre Completo	Kevin Alejandro Ojeda Castillo
RUT	
Programa	Programa Más Adultos Mayores Autovalentes
Profesión	Kinesiólogo
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$1.270.000 / N°38</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>40</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>18</b>	
4	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	<b>3</b>	
5	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	<b>3</b>	<b>REUNION CON LOS ENCARCARGADOS DE PARTICIPACION Y PROMOCION DE CESFAM Y CECOSF.</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>43</b>	<b>ESCENOGRAFIA PARA LA BIENVENIDA DEL</b>

			<b>PROGRAMA. ELABORACION E IMPRESIÓN DE CUADERNILLOS COGNITIVOS PARA CAM. ELABORACION FICHA DERIVACION AL 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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p>Carolina Troncoso Ch. KINESIÓLOGA R.U.T:</p>
<p><b>Nombre Completo: Kevin Alejandro Ojeda Castillo</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <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>