



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

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	\$1.270.000 / N°38
-------------------	---------------------------

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)	18	
4	INTERVENCIÓN EN CAM	3	
5	REUNION INTERSECTORIAL	3	REUNION CON LOS ENCARCARGADOS DE PARTICIPACION Y PROMOCION DE CESFAM Y CECOSF.
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	0	
7	REM	0	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	43	ESCENOGRAFIA PARA LA BIENVENIDA DEL

			PROGRAMA. ELABORACION E IMPRESIÓN DE CUADERNILLOS COGNITIVOS PARA CAM. ELABORACION FICHA DERIVACION 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.

<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>Nombre Completo: Kevin Alejandro Ojeda Castillo RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>