



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	ANA CAROLINA OLIVARES GOMEZ
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>77 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	INGRESO A PROGRAMA MAS AMA	35	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	0	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	30	
4	INTERVENCIÓN EN CAM	10	
5	REUNION INTERSECTORIAL	1	
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	0	
7	REM	0	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	150	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 AUTOCAUIDADO Y ESTILOS DE VIDA

			<b>SALUDABLE. STAND INFORMATIVOS Y 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: Ana Olivares Gómez</b> <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>