



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

Establecimiento	CESFAM Dr Emilio Shaffausser
Nombre Completo	Valeria Araceli Ramirez Franco
RUT	
Programa	P. Más Adultos Mayores Autovalentes
Profesión	Kinesiologa
Horas trabajadas semanales	44
Días permiso administrativo o vacaciones	1 FERIADO LEGAL (VIERNES 15 MARZO) ½ ADMINISTRATIVO (LUNES 18 MARZO JORNADA MAÑANA)
Días licencia	0
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$1.270.000 BOLETA N°31</b>
-------------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: DIA - MES- AÑO	HASTA: DIA - MES- AÑO
	<b>01-03-2024</b>	<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>	40	
2	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	0	
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	29	<b>29 ACTV FISICA 13 COGNITIVOS 16 AUTOCUIDADO</b>
4	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	3	
5	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	1	<b>VINCULO OFICINA AM</b>
6	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>	2	<b>REUNION CALIDAD CESFAM REUNION ENLACE CCR</b>
7	<b>REM</b>	0	
8	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	65	<b>-50 CUADERNILLOS -1 DISEÑO FLAYERS, CUADERNILLOS, ETC. -4 PLANIFICACION TALLERES Y ACTIVIDADES</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><b>Nombre Completo: VALERIA RAMIREZ FRANCO</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>