



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

Establecimiento	EQUIPO SALUD RURAL
Nombre Completo	JAVIERA CONSTANZA ZAMBRA MILLA
RUT	
Programa	PROG. 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	1.270.000 Boleta n° 97
-------------------	------------------------


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

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	16	
2	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	0	
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	7	
4	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	15	
5	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	2	
6	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>	0	
7	<b>REM</b>	0	
8	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	7	JORNADAS DE REUNION CON EQUIPO COMUNAL ORGANIZACIÓN DE MATERIAL Y PLANIFICACIÓN COGNITIVO.

		Planificación de los talleres de actividad física
--	--	---

**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:</b> <u>Javiere Constanza Zumbro Milla</u> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <u>ANDRÉS ELIZABETH ALVAREZ ALVAREZ</u> <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>