



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

|  |   |
|--|---|
| Establecimiento                          | CESFAM CARDENAL JOSÉ MARÍA CARO           |
| Nombre Completo                          | ANA BELEN CONTRERAS AGUIRRE               |
| RUT                                      |   |
| Programa                                 | PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES |
| Profesión                                | KINESIÓLOGA                               |
| Horas trabajadas semanales               | 44 HORAS                                  |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0   |
| Días licencia                            | 0   |
| Fecha Informe                            | 18-04-2024                                |

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>\$1.270.000 N° 66</b> |
|-------------------|--------------------------|

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 04 - 2024 | HASTA: 30 - 04 - 2024 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS  | N° de Actividades | Observaciones  |
|----|--|-------------------|--|
| 1  | <b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>  | <b>45</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>1</b>          |  |
| 5  | <b>REUNION INTERSECTORIAL</b>  | <b>1</b>          |  |
| 6  | <b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>   | <b>1</b>          |  |
| 7  | <b>REM</b>   | <b>0</b>          |  |
| 8  | <b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>                             | <b>2</b>          | <b>-PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN ACTIVIDAD COMUNAL.<br/>-ACTIVIDAD COMUNAL MASIVA</b> |
| 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><b>Nombre Completo:</b> Ana Contreras Aguirre<br/><b>RUT:</b></p>              | <p><b>Nombre Completo:</b> Catalina Lopez<br/><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><br/><b>RUT:</b></p> | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p> |