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

Establecimiento	Cesfam Dr. Emilio Schaffhauser
Nombre Completo	Pía Constanza Arturo Saavedra
RUT	
Programa	Programa Más Adultos mayores autovalentes
Profesión	Terapeuta ocupacional
Horas trabajadas semanales	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-04-2024

MONTO Y N° BOLETA	**$1.270.000 Boleta N°49**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-04-2024	**30-04-2024**

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	**INGRESO A PROGRAMA MAS AMA**	**36**	
2	**EGRESO A PROGRAMA MAS AMA**	**0**	
3	**TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)**	**34**	**34 ACTIVIDAD FÍSICA 23 COGNITIVO 11 AUTOCUIDADO**
4	**INTERVENCIÓN EN CAM**	**5**	
5	**REUNION INTERSECTORIAL**	**0**	
6	**PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD**	**0**	
7	**REM**	**0**	
8	**OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)**	**68**	**30 cuadernillos 2 diseño de flyer, cuadernillos, etc. 30 recorte y armado de recuerdos pascua 4 planificación talleres y**

			actividades. **1 planificación y preparación actividad comunal.** **1 actividad comunal masivo.**
9			
10			
11			

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
Nombre Completo: Pía Constanza Arturo Saavedra **RUT:**	**Nombre Completo:** Kigo. Fabián Jamet Rivera **RUT:** Subdirector Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena

CESFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCIÓN

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**