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

Establecimiento	CESFAM Las Compañias
Nombre Completo	Kevin Alejandro Ojeda Castillo
RUT	
Programa	Programa Más Adultos Mayores Autovalentes
Profesión	Kinesiólogo
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	1 (VIERNES 19-04-2024)
Días licencia	0
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO Y N° BOLETA	**$1.270.000 / Nª40**

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**	**40**	
2	**EGRESO A PROGRAMA MAS AMA**	**0**	
3	**TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)**	**39**	
4	**INTERVENCIÓN EN CAM**	**0**	
5	**REUNION INTERSECTORIAL**	**3**	**REUNION CON LOS ENCARCARGADOS DE PARTICIPACION Y PROMOCION DE CESFAM Y CECOSF Y DELEGADA DEL ADULTO MAYOR EN LA DELEGACION DE LAS COMPAÑIAS**
6	**PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD**	**2**	**DIA MUNDIAL DE LA ACT. FISICA, OPERATIVO DEL SECTOR AZUL**

7	REM	1	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	127	PLANIFICACION Y PREPARACION ACT COMUNAL. ELABORACION E IMPRESIÓN DE CUADERNILLOS MIXTOS DE 22 SESIONES. ELABORACION E IMPRESIÓN DE CUADERNILLOS COGNITIVOS EN CAM. ACTIVIDAD COMUNAL MASIVA (BIENVENIDA AL PROGRAMA MÀS)
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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: Kevin Alejandro Ojeda Castillo **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:** Carolina Troncoso Ch. KINESIÓLOGA R.U.T:

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