



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	ANA CAROLINA OLIVARES GOMEZ
RUT	
Programa	MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES
Profesión	KINESIOLOGA
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 80
-------------------	---------------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO A PROGRAMA MAS AMA	35	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	0	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	35	
4	INTERVENCIÓN EN CAM	15	
5	REUNION INTERSECTORIAL	0	
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	1	FERIA DIA DEL CEREBRO
7	REM	1	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	105	-ELABORACION Y ENTREGA DE MATERIAL COMPLEMENTARIO PARA REALIZACION EN EL HOGAR - REUNION Y COORDINACION CON FONOAUDIOLOGIA IP CHILE PARA OPERATIVO - REUNION DE GESTION CON INACAP -PLANIFICACION Y PREPARACION ACTIVIDAD COMUNAL

			-ACTIVIDAD COMUNAL MASIVA
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>Nombre Completo: ANA OLIVARES G RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: <i>Carolina Zuga</i> RUT: _____</p>

<p>Timbre y Firma Coordinador Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>