



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

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	2 días
Días licencia	0
Fecha Informe	18/04/2024

MONTO Y N° BOLETA	1.270.000 Boleta n° 100
-------------------	-------------------------

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	12	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	0	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	32	
4	INTERVENCIÓN EN CAM	16	
5	REUNION INTERSECTORIAL	1	
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	1	Stand de promoción de salud / ingreso Día de la actividad Física
7	REM	1	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	36	Cuadernillos individuales de actividades cognitivas , físicas y autocuidados correspondientes a 24 sesiones
		1	Planificación de actividad educativa: Presentación de ejercicios de piso pélvico

	1	Elaboración de rutificado diario
	4	Planificación de talleres de estimulación física
	4	Planificaciones de actividades de autocuidado
	4	Planificaciones de actividades de cognitivas
	3	Reuniones comunales
	1	Gestión de operativo audiológico con instituto IP Chile
	1	Reunión coordinador área de salud INACAP

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: <i>Javiera Zamboralle</i></p> <p>RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: <i>ANDREA EWZABETH ALVAREZ ALVAREZ</i></p> <p>RUT: _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo:</p> <p>RUT:</p>	<p>Nombre Completo:</p> <p>RUT:</p>