



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

Establecimiento	CESFAM Dr Emilio Shaffausser
Nombre Completo	Valeria Araceli Ramirez Franco
RUT	
Programa	P. Más Adultos Mayores Autovalentes
Profesión	Kinesiologa
Horas trabajadas semanales	44
Días permiso administrativo o vacaciones	1 feriado legal (20 de mayo)
Días licencia	0
Fecha Informe	18-05-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$1.270.000 BOLETA N°34
-------------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: DIA - MES- AÑO	HASTA: DIA - MES- AÑO
	01-05-2024	31-05-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO A PROGRAMA MAS AMA	29	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	27	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	37	37 ACTV FISICA 23 COGNITIVOS 11 AUTOCUIDADO
4	INTERVENCIÓN EN CAM	9	
5	REUNION INTERSECTORIAL	1	REVISION REM
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	1	CHARLA PROGRAMA ADULTO MAYOR
7	REM	0	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	56	-50 CUADERNILLOS -1 DISEÑO FLAYERS, CUADERNILLOS, ETC. -4 PLANIFICACION TALLERES Y ACTIVIDADES -1 ACTIVIDAD LOCAL

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. Jurídica)	
Nombre Completo: VALERIA RAMIREZ FRANCO RUT:	Nombre Completo: <i>Eduarda Gallardo Cortés</i> RUT:

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