



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (PROGRAMA MAS AMA COD 229)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	Valentina Galleguillos González
RUT	
Programa	Mas Adultos Mayores Autovalentes
Profesión	Kinesióloga
Horas trabajadas semanales	44 hrs /
Días permiso administrativo o vacaciones	7
Días licencia	0
Fecha Informe	18/06/2024 /

MONTO Y N° BOLETA	\$1.270.000 <b>N° 60</b> /
-------------------	----------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01- junio- 2024	HASTA: 30 - junio- 2024 /
--------------------	------------------------	---------------------------

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	20	
<b>2</b>	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	29	
<b>3</b>	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	17	
<b>4</b>	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	10	
<b>5</b>	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	0	
<b>6</b>	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>	0	
<b>7</b>	<b>REM</b>	1	
<b>8</b>	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	12	Capacitación de lideres
<b>9</b>			
<b>10</b>			

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><b>Nombre Completo:</b> Valentina Galleguillos González <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Eizette Lefarma Gallardo</i> <b>RUT:</b> ENFERMERA</p>

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