



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

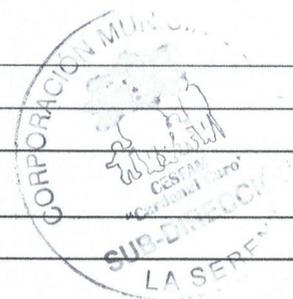
Establecimiento	CESFAM CARDENAL JOSÉ MARÍA CARO
Nombre Completo	GONZALO ANDRÉS TAPIA PASTÉN
RUT	
Programa	PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES
Profesión	KINESIÓLOGO
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	2
Días licencia	0
Fecha Informe	18-07-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$1.270.000 N° 107</b>
-------------------	---------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 07- 2024	HASTA: 31 - 07 - 2024
--------------------	----------------------	-----------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	<b>35</b>	
2	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	<b>45</b>	
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	<b>18</b>	
4	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	<b>1</b>	
5	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	<b>1</b>	
6	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>	<b>1</b>	
7	<b>REM</b>	<b>0</b>	
8	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	<b>1</b>	
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 style="text-align: center;">Timbre y firma del ejecutor de las ca)</p>	<p style="text-align: center;">Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p><b>Nombre Completo:</b> GONZALO ANDRÉS <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Francisco Valenzuela Q <b>RUT:</b> _____</p>
<p style="text-align: center;">Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p style="text-align: center;">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>