



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

Establecimiento	CESFAM Juan Pablo II
Nombre Completo	Victor Vicente Vega Espejo
RUT	:
Programa	Mas adultos mayores autovalentes
Profesión	Kinesiólogo
Horas trabajadas semanales	44 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-07-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>1.270.000 N° 10</b>
-------------------	------------------------

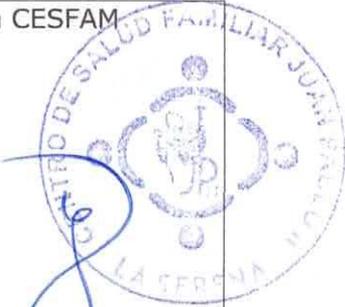
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-07-2024</b>	<b>31-07-2024</b>

<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>	30	
<b>2</b>	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	35	
<b>3</b>	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	32	
<b>4</b>	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	1	<b>CAM</b>
<b>5</b>	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	3	<b>GESTION PARA OPERATIVO DE AUDIOMETRIA CON INSTITUTO PROFESIONAL IP. GESTION PARA OPERATIVO PODOLOGICO CON CAJA COMPENSACIÓN CAJA 18.</b>

			<b>GESTION PARA OPERATIVO OFTALMOLOGICO CON CAJA COMPENSACIÓN CAJA 18</b>
<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>	50	<b>Elaboración y entrega de material de apoyo para realización en el hogar.</b>

**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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	
<b>Nombre Completo:</b> <i>Victor Vicente Voz Espinoza</i> <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> <i>WIAN DIEGO MUÑOZ</i> <b>RUT:</b> _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> _____ <b>RUT:</b> _____