

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

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	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/07/2024

MONTO Y N° BOLETA	1.270.000 Boleta n°118
-------------------	------------------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JULIO	01/07/2024	31/7/2024

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	4	
2	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	25	
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	31	
4	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	14	
5	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	1	Reunión con encargada de salud rural de sector 3 -Coordinación de intervención en sector
		1	Reunión con encargada con encargada de equipo rural
		1	Coordinación de capacitación a personas mayores con nutricionista de Sector 2
6	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>		
7	<b>REM</b>	1	Mes JUNIO

<b>8</b>	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	7	Derivaciones y gestiones EMPAM localidades rurales
		4	Elaboración de rutificado diario
		8	Planificación de talleres de estimulación física
		8	Planificaciones de actividades de autocuidado
		8	Planificaciones de actividades de cognitivas
		30	Impresión de cuadernillos
		4	Reuniones comunales
		3	Puerta a puerta – Fdo. Coquimbito
		1	Reunión con gestor comunitario Caleta San Pedro
		1	Reunión Con gestores comunitarios Los Porotitos
		35	Realización de encuestas de satisfacción usuaria
		1	Operativo audiológico con Fonoaudiología IPChile
		1	Reunión con gestora comunitaria de ISLON

**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
	
Nombre Completo: <b>JAVIERA CONSTANZA ZAMBRA MILLA</b> RUT:	Nombre Completo: <i>CAMILA FRANCISCA THÉNOUX</i> RUT: <i>TORRES</i>

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>