



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 administrativo (5 de agosto) 1 feriado legal (16 de agosto)
Días licencia	0
Fecha Informe	19-08-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$1.270.000 BOLETA N°38
-------------------	--------------------------------

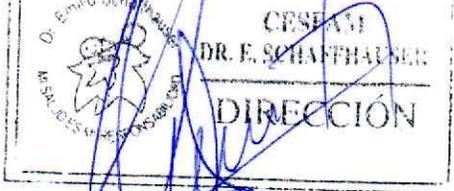
PERIODO DE INFORME	DESDE: DIA - MES- AÑO	HASTA: DIA - MES- AÑO
	01-08-2024	31-08-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO A PROGRAMA MAS AMA	15	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	23	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	24	24 ACTV FISICA 11 COGNITIVOS 13 AUTOCUIDADO
4	INTERVENCIÓN EN CAM	2	
5	REUNION INTERSECTORIAL	0	
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	1	OLIMPIADAS MES DEL CORAZON (PAM)
7	REM	0	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	58	-50 CUADERNILLOS -3 DISEÑO FLAYERS, CUADERNILLOS, ETC. -4 PLANIFICACION TALLERES Y ACTIVIDADES -1 ACTIVIDAD COMUNAL

			"OLIMPIADAS DE INVIERNO"
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>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: VALERIA RAMIREZ FRANCO RUT:</p>	<p>Nombre Completo: <i>Rgo. Fabián Jamet Rivera</i> RUT:</p> <p>Subdirector Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>