



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

Establecimiento	CESFAM Juan Pablo II
Nombre Completo	Romina Almendra Rodríguez Ortiz
RUT.	-----
Programa	Mas adultos mayores autovalentes
Profesión	Kinesióloga
Horas trabajadas semanales	44 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	1 día administrativo
Días licencia	0
Fecha Informe	18-08-2024

MONTO Y N° BOLETA	1.270.000 N° 28
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - 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	20	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	30	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	26	
4	INTERVENCIÓN EN CAM	0	
5	REUNION INTERSECTORIAL	2	-Gestión para realización de charla educativa Psicológica. -Gestión para participación en actividad local y comunal por el programa cardiovascular.
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	4	-Participación de olimpiada de invierno, programa Mas AMA.



			<ul style="list-style-type: none"> -Actividad física masiva perteneciente a estrategia KEN. -Olimpiada de cierre estrategia KEN -Actividad comunal por el mes del corazón perteneciente a programa cardiovascular.
7	REM	1	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	60	<p>Elaboración y entrega de material de apoyo para realización en el hogar.</p> <p>Elaboración y entrega de tríptico informativo perteneciente al mes del corazón.</p> <p>Elaboración de material para actividad de "olimpiadas de invierno".</p>

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: <u>Laura Rodríguez</u> RUT: _____	Nombre Completo: <u>Juan Diego Torres</u> RUT: _____



Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: