



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	2 feriado legal (16 y 23 de septiembre) ½ día administrativo (17 de septiembre)
Días licencia	0
Fecha Informe	23-09-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$1.270.000 BOLETA N°39
-------------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: DIA - MES- AÑO 01-09-2024	HASTA: DIA - MES- AÑO 30-09-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO A PROGRAMA MAS AMA	35	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	33	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	16	16 ACTV FISICA 8 COGNITIVOS 8 AUTOCUIDADO
4	INTERVENCIÓN EN CAM	2	
5	REUNION INTERSECTORIAL	0	
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	0	
7	REM	0	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	70	-60 CUADERNILLOS -5 DISEÑO FLAYERS, CUADERNILLOS, ETC. -4 PLANIFICACION TALLERES Y ACTIVIDADES -1 ACTV MAS COMUNAL

			(FONDA)
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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)		Timbre y Firma Director/a CESFAM	
			
Nombre Completo: FRANCO RUT: _____	ERIA RAMIREZ	Nombre Completo: RUT: _____	<i>Moisés J. Cortés</i>

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