



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

|                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo                          | KAROLINA MONSSERRAT RODRIGUEZ TORRES |
| RUT                                      |                                      |
| Programa                                 | MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES     |
| Profesión                                | KINESIOLOGA                          |
| Horas trabajadas semanales               | 44 HORAS                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 1                                    |
| Días licencia                            | 0                                    |
| Fecha Informe                            | 18-10-2024                           |

|                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>1.270.000    74</b> |
|-------------------|------------------------|

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| SEPTIEMBRE         | <b>01-10-2024</b>     | <b>31-10-2024</b>     |

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

| N° | Funciones según PRAPS                                                     | N° de Actividades | Observaciones                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|---------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | INGRESO A PROGRAMA MAS AMA                                                | 20                |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2  | EGRESO A PROGRAMA MAS AMA                                                 | 21                |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3  | TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC) | 15                |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 4  | INTERVENCIÓN EN CAM                                                       | 5                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5  | REUNION INTERSECTORIAL                                                    | 0                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 6  | PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD                                         | 0                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 7  | REM                                                                       | 1                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 8  | OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)                             | 120               | -ELABORACION Y ENTREGA DE MATERIAL COMPLEMENTARIO PARA REALIZACION EN EL HOGAR<br>- REUNION PLANIFICACION CHARLAS Y ACTIVIDADES DI ALUMNOS INACAP LA SERENA<br>EN TALLERES INFORMALES DEL EQUIPO MAS LA SERENA<br>- ACTIVIDAD COMUNAL CONMEMORACION MES DEL ADULTO MAYOR EN AV DEL |

|           |                           |           |                                                                                                                              |
|-----------|---------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                           |           | <b>MAR LA SERENA<br/>- ACTIVIDAD LOCAL CHARLAS<br/>EDUCATIVAS ESTUDIANTES<br/>DE TEC. EN ENFERMERÍA<br/>INACAP LA SERENA</b> |
| <b>9</b>  | <b>RESCATE TELEFONICO</b> | <b>50</b> |                                                                                                                              |
| <b>10</b> |                           |           |                                                                                                                              |
| <b>11</b> |                           |           |                                                                                                                              |
| <b>12</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<br> |
| <b>Nombre Completo:</b> KAROLINA RODRIGUEZ TORRES<br><b>RUT:</b>           | <b>Nombre Completo:</b> Carolina Pizarro Pichuante<br><b>RUT:</b> Enfermera                                             |
| Timbre y Firma Coordinador Programa                                        | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                                                      |
| <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>                                     | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>                                                                                  |