



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN (PROGRAMA MAS AMA COD 229)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM Juan Pablo II
Nombre Completo	VICTOR VICENTE VEGA
RUT	
Programa	Mas adultos mayores autovalentes
Profesión	Kinesiólogo / Kinesióloga
Horas trabajadas semanales	44 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-10-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$ <b>1.270.000</b>	N° 13
-------------------	---------------------	-------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 10 - 2024	HASTA: 31 - 10 - 2024
--------------------	-----------------------	-----------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>INGRESO A PROGRAMA MÁS AMA</b>	10	
2	<b>EGRESO AL PROGRAMA MÁS AMA</b>	39	
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	15	
4	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	0	
5	<b>REUNIÓN INTERSECTORIAL</b>	1	GESTION ACTIVIDAD "celebración del mes del adulto mayor" CON SENAMA.
6	<b>PARTICIPACIÓN CON CENTRO DE SALUD</b>	1	ACTIVIDAD "celebración del mes del adulto mayor" CON SENAMA.
7	<b>REM</b>	1	

8	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	60	-CUADERNILLO DE INGRESO AL PROGRAMA MAS AMA -RESCATE TELEFONICO A USUARIOS PARA INGRESO/EGRESO DE PROGRAMA MAS AMA.
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
<b>Nombre Completo:</b> <i>Victor Venuto Vega Espino</i> <b>RUT:</b>	 <b>Nombre Completo:</b> <i>Juan Diego Muñoz Ossandón</i> <b>RUT:</b>

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>