



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	ANA OLIVARES GOMEZ
RUT	
Programa	MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES
Profesión	KINESIOLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	4
Días licencia	0
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	1.270.000 N° 106
-------------------	-------------------------

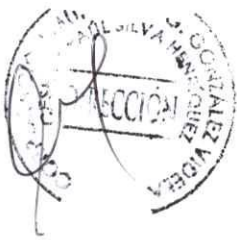
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-11-2024	HASTA: día - mes- año 30-11-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO A PROGRAMA MAS AMA	0	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	0	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	14	
4	INTERVENCIÓN EN CAM	0	
5	REUNION INTERSECTORIAL	1	
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 - ACTIVIDAD LOCAL TERAPIAS COMPLEMENTARIAS INACAP
9	RESCATE TELEFONICO A USUARIOS	0	
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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: ANA OLIVARES GOMEZ RUT:	Nombre Completo: RUT:
Timbre y Firma Coordinador Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:

Pablo Monteinos A.
Kinesiólogo,