



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	ANA CAROLINA OLIVARES GOMEZ
RUT	
Programa	MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES
Profesión	KINESIOLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	02-12-2024/23-12-2024 FERIADO LEGAL 24-12-2024/26-12-2024 27-12-2024/30-12-2024/31-12-2024 ADMINISTRATIVO
Días licencia	0
Fecha Informe	31-12-2024 ✓

MONTO Y N° BOLETA	<b>1.270.000 107</b> ✓
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
SEPTIEMBRE	<b>01-12-2024</b> ✓	<b>31-12-2024</b> ✓

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	0	
2	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	32	
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	8	
4	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	0	
5	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	0	
6	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>	0	
7	<b>REM</b>	0	
8	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	100	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FERIA DE SALUD COMUNITARIA CASA DE LA CULTURA LAS COMPAÑIAS ALTAS</li> <li>- REM P</li> <li>- PLANIFICACION 2025</li> <li>- ENTREGA DE INFORME CORTE DICIEMBRE 2024</li> </ul>
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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p> 	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p>Carolina Puaa Pichuante Enfermera</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> ANA OLIVARES GOMEZ <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinador Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

Pablo Montecinos A.  
Kinesiólogo