



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (PROGRAMA MAS AMA COD 229)
-------------------------------	---

Establecimiento	Cesfam Cardenal José María Caro
Nombre Completo	Cristian Fuentes Amador
RUT	
Programa	Programas MAS AMA
Profesión	Kinesiólogo
Horas trabajadas semanales	44 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31-03-2025

MONTO Y N° BOLETA	\$ 1.299.760	N°71
-------------------	--------------	------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-03-2025	HASTA: 31-03-2025
--------------------	-------------------	-------------------

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	1	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	15	Sede España (Walter vudlar #3444)
4	INTERVENCIÓN EN CAM	0	
5	REUNION INTERSECTORIAL	1	Reunión con Jefe de sector CESFAM Caro para organización y apoyo de talleres para diabéticos MAS AMA a efectuarse en Centro comunitario 4 esquinas.
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	0	
7	REM	1	

8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	3	11/03 Apoyo en feria de salud "día internacional de la mujer" CECOSF VILLA EL INDIO 12/03 Operativo podología preventiva "Caja 18", Sede "España" 13/03 feria de Salud "Villa las Palmeras"
---	---	---	---

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: <u>CRISTIAN ORLANDO FUENTES ARADOR</u> RUT: _____	Nombre Completo: <u>CRISTIAN ORLANDO FUENTES ARADOR</u> RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
Nombre Completo: <u>FRANCISCA WILSON</u> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____