

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

| | |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | Valentina Galleguillos González |
| RUT | |
| Programa | Mas Adultos Mayores Autovalentes |
| Profesión | Kinesióloga |
| Horas trabajadas semanales | 44 horas semanales |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 2 Feriado legal |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 30/04/2025 ✓ |

| | |
|-------------------|------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$1.299.760 / N° 70 / |
|-------------------|------------------------------|

| | | |
|--------------------|-------------------------|--------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01- abril - 2025 | HASTA: 30 - abril - 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 | 72 | |
| 3 | TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC) | 20 | |
| 4 | INTERVENCIÓN EN CAM | 0 | |
| 5 | REUNION INTERSECTORIAL | 1 | Reunión diagnostico participativo |
| 6 | PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD | 1 | Diagnostico participativo |
| 7 | REM | 1 | |
| 8 | OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO) | 3 | Elaboración material complementario (Cudernillo trimestral, planificación de talleres segundo ciclo, gestión de lugares comunitarios) |
| 9 | RESCATES TELEFONICO | 8 | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |

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>Nombre Completo Valentina Javiera Galleguillos González RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Lizette Andrea Ledezma Gallardo RUT:</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p>Nombre Completo: FRANCISCO VALENZUELA RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |