



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

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo                          | KAROLINA RODRIGUEZ TORRES            |
| RUT                                      |                                      |
| Programa                                 | MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES     |
| Profesión                                | KINESIOLOGA                          |
| Horas trabajadas semanales               | 44 HORAS ✓                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 25-04-2025 (FERIADO LEGAL) ✓         |
| Días licencia                            | 0                                    |
| Fecha Informe                            | 30-04-2025 ✓                         |

|                   |                                   |
|-------------------|-----------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>1.299.760</b> ✓ <b>N° 80</b> ✓ |
|-------------------|-----------------------------------|

|                     |                       |                       |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME  | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| <b>01-04-2025</b> ✓ |                       | <b>30-04-2025</b> ✓   |

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

| N° | Funciones según PRAPS  | N° de Actividades | Observaciones   |
|----|--|-------------------|---|
| 1  | <b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>  | <b>0</b>          |   |
| 2  | <b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>   | <b>62</b>         |   |
| 3  | <b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b> | <b>30</b>         | <b>TALLERES PRESENCIAL (27)<br/>TALLERES REMOTOS (3)</b>  |
| 4  | <b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>   | <b>0</b>          |   |
| 5  | <b>REUNION INTERSECTORIAL</b>  | <b>0</b>          |   |
| 6  | <b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>   | <b>0</b>          | -   |
| 7  | <b>REM</b>   | <b>1</b>          |   |
| 8  | <b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>                             | <b>120</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ELABORACION DE MATERIAL COMPLEMENTARIO</li> <li>- ELABORACION DE MATERIAL PARA STAND DE PROMOCION</li> <li>- STAND DE PROMOCION Y PESQUISA ACTIVA DE USUARIOS</li> <li>- TRABAJO DE DERIVACION CON SECTORES Y PROFESIONALES DEL CESFAM Y CECOSF</li> <li>- ELABORACION DE MATERIAL AUDIOVISUAL</li> <li>- REUNION DE GESTIO LOCAL</li> </ul> |

|    |                               |   |  |
|----|-------------------------------|---|--|
|    |                               |   | Y TRABAJO EN CONJUNTO<br>CON UNIVERSIDAD INACAP<br>LA SERENA PROYECTO<br>ESCUELA DEL ADULTO<br>MAYOR Y DEPARTAMENTO DE<br>INNOVACION CON CURSO<br>PARA PERSONAS MAYORES<br>DE EDUCACION FINANCIERA<br>REUNION CON ENCARGADAS<br>DE TERRITORIO LAS<br>COMPAÑIAS |
| 9  | RESCATE TELEFONICO A USUARIOS | 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<br>                                       |
| <b>Nombre Completo:</b> KAROLINA RODRIGUEZ T<br><b>RUT:</b>  | <b>Nombre Completo:</b>  Carolina Puga Pichuante<br><b>RUT:</b> Enfermera |
| Timbre y Firma Coordinador Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br>                                     |
| <b>Nombre Completo:</b> Francisca Valdivia<br><b>RUT:</b>  | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>   |