



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

Establecimiento	CESFAM Las Compañías
Nombre Completo	Alejandra Andrea Trujillo Silva
RUT	
Programa	Programa Más adultos mayores autovalentes.
Profesión	Kinesiólogo
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-04-2024

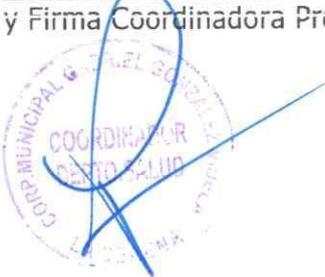
MONTO Y N° BOLETA	\$1.299.760 / N°56
-------------------	---------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01-04-2024		30-04-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	INGRESO A PROGRAMA MAS AMA	0	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	52	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	26	
4	INTERVENCIÓN EN CAM	0	
5	REUNIÓN INTERSECTORIAL	6	REUNIONES CON: -ENCARGADO DE PARTICIPACIÓN Y PROMOCIÓN CESFAM LAS COMPAÑÍAS. -GESTORA COMUNITARIA DEL CECOSF ARCOS DE PINAMAR. -GESTORA DE COMUNIDADES ULS. -ADMINISTRADOR DEL POLIDEPORTIVO. - ENCARGADA DEL PROGRAMA DEL ADULTO DE LA DELEGACIÓN MUNICIPAL DE LAS COMPAÑÍAS. -ENCARGADO DE LA FERIA CIRCULAR.
6	PARTICIPACIÓN CON CENTRO DE SALUD	0	
7	REM	1	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	127	Elaboración de cuadernillo mixto de actividades de 24 semanas. Hojas de derivación para el programa más AMA. Elaboración e impresión de material cognitivo para los talleres. Elaboración e impresión de hoja de derivación de actividades físicas, cognitivas y de autocuidado.

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: ALEJANDRA ANDREA TRUJILLO SILVA RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón RUT: _____ Kinesióloga</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: Francisca Wainosen's RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p>