



<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	1,5	18-06-2024 MEDIO DIA TARDE 21-06-2024 DIA COMPLETO
Días licencia	0	
Fecha Informe	18-06-2024	

MONTO Y N° BOLETA	<b>1.270.000 57</b>
-------------------	---------------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-06-2024</b>	<b>30-06-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	<b>20</b>	
<b>2</b>	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	<b>27</b>	
<b>3</b>	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	<b>34</b>	
<b>4</b>	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	<b>13</b>	
<b>5</b>	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	<b>0</b>	
<b>6</b>	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>	<b>0</b>	
<b>7</b>	<b>REM P</b>	<b>1</b>	<b>- ENTREGA DE REM P</b>
<b>8</b>	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	<b>150</b>	<b>-ELABORACION Y ENTREGA DE MATERIAL COMPLEMENTARIO PARA REALIZACION EN EL HOGAR</b> <b>- OPERATIVS DE CARRERA DE FONOAUDIOLOGIA IPCHILE 60 USUARIOS</b> <b>- REUNION Y COORDINACION CON FONOAUDIOLOGIA IP CHILE PARA PARTICIPACION EN CAPACITACION DE LIDERES COMUNITARIOS</b>

			<b>- REUNION DE GESTION CON INACAP- COORDINACION DE JORNADAS DE CAPACITACION DE LIDERES COMUNITARIOS</b> <b>-PLANIFICACION Y PREPARACION ACTIVIDAD COMUNAL</b> <b>-ACTIVIDAD COMUNAL CAPACITACION DE LIDERES COMUNITARIOS 26 Y 27 DE JUNIO INACAP LA SERENA</b>
<b>9</b>			
<b>10</b>			
<b>11</b>			
<b>12</b>			

**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
	
<b>Nombre Completo: KAROLINA RODRIGUEZ TORRES</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinador Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>