



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

Establecimiento	CESFAM Dr Emilio Shaffausser
Nombre Completo	Karina Molina Rivera
RUT	
Programa	P. Más Adultos Mayores Autovalentes
Profesión	Terapeuta Ocupacional
Horas trabajadas semanales	44
Días permiso administrativo o vacaciones	1 feriado legal (7 de junio)
Días licencia	0
Fecha Informe	18-06-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$1.270.000 BOLETA N°1
-------------------	-------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: DIA - MES- AÑO	HASTA: DIA - MES- AÑO
	01-06-2024	30-06-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO A PROGRAMA MAS AMA	15	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	47	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	26	26 ACTV FISICA 12 COGNITIVOS 14 AUTOCAUIDADO
4	INTERVENCIÓN EN CAM	7	
5	REUNION INTERSECTORIAL	2	COORDINADORA PAM CESFAM CESA INDUCCION CALIDAD
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	2	CHARLAS PROGRAMA ADULTO MAYOR
7	REM	0	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	58	-50 CUADERNILLOS -3 DISEÑO FLAYERS, CUADERNILLOS, ETC. -4 PLANIFICACION

			TALLERES Y ACTIVIDADES -1 ACTIVIDAD COMUNAL "CAPAC. LIDERES COMUNITARIOS"
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.

<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: Karina Molina Rivera RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Mercedes Jellouk Cortin RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>