



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	KAROLINA MONSSERRAT RODRIGUEZ TORRES
RUT	
Programa	MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES
Profesión	KINESIOLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-07-2024

MONTO Y N° BOLETA	1.270.000 65
-------------------	---------------------

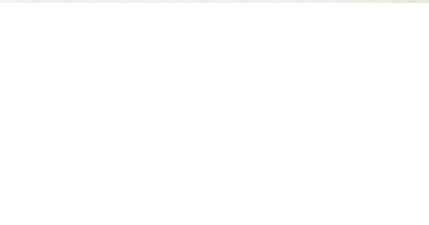
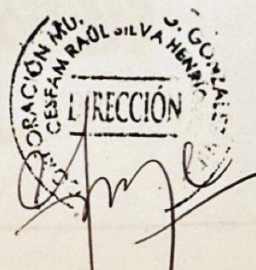
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JULIO	01-07-2024	31-07-2024

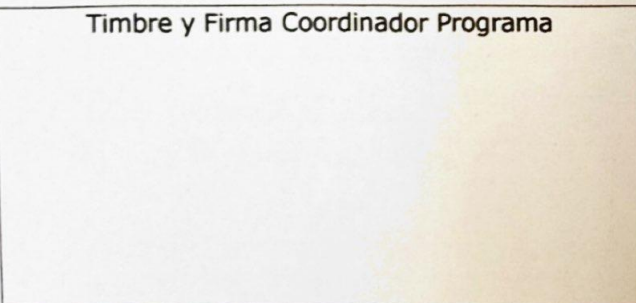
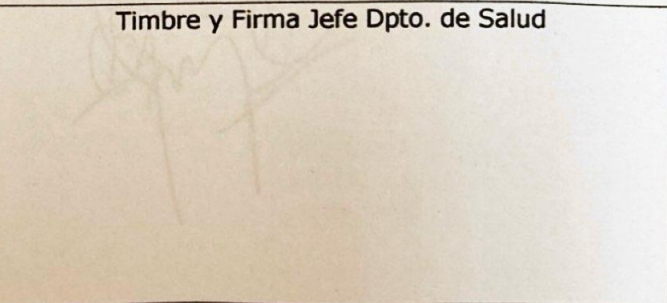
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO A PROGRAMA MAS AMA	25	
2	EGRESO A PROGRAMA MAS AMA	27	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)	36	
4	INTERVENCIÓN EN CAM	5	
5	REUNION INTERSECTORIAL	1	ENCARGADA DE ELEM Y PROGRAMA PERSONAS MAYORES
6	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD	0	
7	REM	1	
8	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	120	-ELABORACION Y ENTREGA DE MATERIAL COMPLEMENTARIO PARA REALIZACION EN EL HOGAR - REUNION Y COORDINACION CON ENCARGADA DE PERSONAS MAYORE Y ELEM NUESTRA SEÑORA DE ANDACOLLO - REUNION DE GESTION CON

		COMPLEJO DEPORTIVO LOS LLANOS -PLANIFICACION Y PREPARACION ACTIVIDAD COMUNAL - OLIMPIADAS DE INVIERNO
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
	
Nombre Completo: KAROLINA RODRIGUEZ TORRES RUT: _____	Nombre Completo: Carolina Puga Pichuante RUT: _____ Enfermera

Timbre y Firma Coordinador Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: