



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	ANA OLIVARES GOMEZ
RUT	
Programa	MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES
Profesión	KINESIOLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	1
Días licencia	0
Fecha Informe	18-07-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>1.270.000 N° 93</b>
-------------------	------------------------

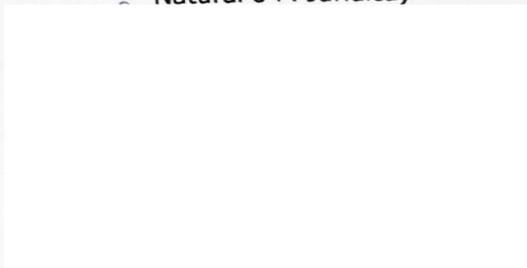
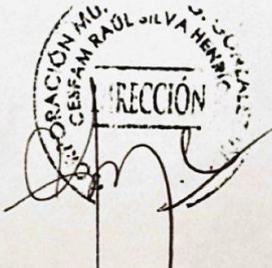
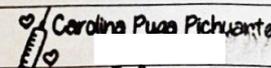
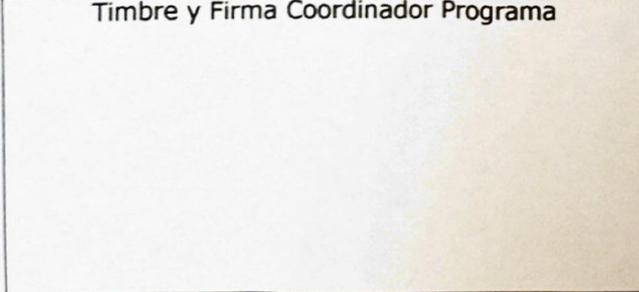
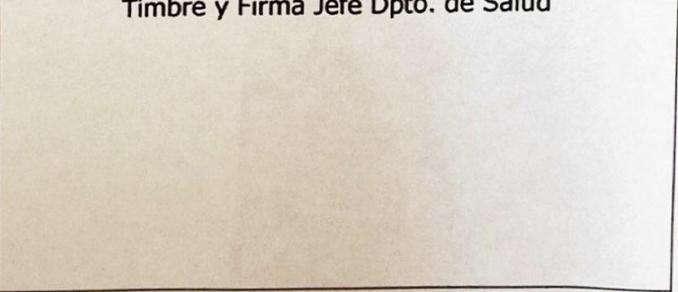
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-07-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-07-2024</b>
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>INGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	25	
2	<b>EGRESO A PROGRAMA MAS AMA</b>	27	
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ESTIMULACION COGNITIVA, RIESGO DE CAÍDAS, ETC)</b>	34	
4	<b>INTERVENCIÓN EN CAM</b>	5	
5	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	1	<b>ENCARGADA ELEM Y ENCARGADA DE PERSONAS MAYORES</b>
6	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD</b>	0	
7	<b>REM</b>	1	
8	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	120	<b>ELABORACION Y ENTREGA DE MATERIAL COMPLEMENTARIO PARA REALIZACION EN EL HOGAR - REUNION Y COORDINACION CON ENCARGADA DE PERSONAS MAYORES Y ELEM NUESTRA SEÑORA DE ANDACOLLO - REUNION DE GESTION CON</b>

			<b>COMPLEJO DEPORTIVO LOS LLANOS -PLANIFICACION Y PREPARACION ACTIVIDAD COMUNAL - OLIMPIADAS DE INVIERNO</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. Juridica)  	Timbre y Firma Director/a CESFAM  
<b>Nombre Completo: ANA OLIVARES GOMEZ</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>