



|                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION</b> |
|--------------------------------------|-----------------------------------|

|  |   |
|--|---|
| Establecimiento                          | CESFAM EMILIO SHAFFHAUSER                   |
| Nombre Completo                          | JAVIERA ANDREA MUÑOZ AGURTO                 |
| RUT                                      |   |
| Programa                                 | AUDITORIAS PROGRAMA MAS SONRISAS PARA CHILE |
| Profesión                                | ODONTOLOGO                                  |
| Horas trabajadas semanales               |   |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE                                  |
| Días licencia                            | NO PROCEDE                                  |
| Fecha Informe                            | 30-11-2024                                  |

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| MONTO BOLETA | <b>N°81/1.237.408</b> |
|--------------|-----------------------|

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 11 - 2024 | HASTA: 30 - 11 - 2024 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|

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

| N°       | Funciones según PRAPS                        | N° de Actividades | Observaciones  |
|----------|--|-------------------|--|
| <b>1</b> | AUDITORIAS REALIZADAS A MUJERES MAS SONRISAS | <b>32</b>         | <b>- PERIODO CORRESPONDIENTE DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE.</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.

|   |  |
|---|--|
| <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>   | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;"><i>no aplica</i></p>                                    |
| <p><b>Nombre Completo: Javiera Muñoz Agurto</b><br/><b>RUT:</b></p>   | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>  | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |