



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

|                                          |                                           |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA                |
| Nombre Completo                          | JOHANNA GODOY VEGA                        |
| RUT                                      |                                           |
| Programa                                 | SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS |
| Profesión                                | TONS / ASISTENTE DENTAL                   |
| Horas trabajadas semanales               | 4                                         |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE                                |
| Días licencia                            | NO PROCEDE                                |
| Fecha Informe                            | 18-08-2024 /                              |

|                    |                                           |                                             |
|--------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| MONTO Y Nº BOLETA  | <b>\$40.355 y Nº138 /</b>                 |                                             |
| PERIODO DE INFORME | DESDE: dd - mm- aaaa<br><b>18-07-2024</b> | HASTA: dd - mm- aaaa<br><b>17-08-2024 /</b> |

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

| Nº       | Funciones según PRAPS                                                                                                                                   | Nº De horas trabajadas | Observaciones                               |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|
| <b>1</b> | ACTIVIDADES DE REFUERZO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA, PREPARACIÓN DEL BOX DENTAL, ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN, ASISTENCIA DIRECTA AL ODONTÓLOGO, ENTRE OTRAS | <b>4</b>               | <b>ASISTENCIA A DR. RENATO YAGNAM ROJAS</b> |

| Nº       | Funciones según PRAPS                                                                                                                                   | Nº De horas trabajadas | Observaciones                                |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------|
| <b>1</b> | ACTIVIDADES DE REFUERZO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA, PREPARACIÓN DEL BOX DENTAL, ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN, ASISTENCIA DIRECTA AL ODONTÓLOGO, ENTRE OTRAS | <b>3</b>               | <b>ASISTENCIA A DR. DIETER JUNGE RAMIREZ</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><b>Nombre Completo: JOHANNA GODOY VEGA</b><br/><b>RUT:</b></p>                 | <p><b>Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO</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>                                                                              |