



Servicio de Salud
Coquimbo
Región de Coquimbo

Ministerio de Salud



CORPORACION MUNICIPAL
Gabriel Gonzalez Videla
La Serena

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

**INFORME MENSUAL DE GESTION
COD.201**

| | |
|--|-----------------------------|
| Establecimiento | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | MARIO ALBERTO OPAZO POBLETE |
| RUT | |
| Programa | SUELDO GENERAL |
| Profesión | TONS / ASISTENTE DENTAL |
| Horas trabajadas semanales | 22hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 31-01-2025 |

| | |
|------------------|---------|
| NUMERO DE BOLETA | N 424 |
| MONTO BOLETA | 367.118 |

| | | |
|--------------------|----------------------|---------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 01- 2025 | HASTA: 31 - 01-2025 |
|--------------------|----------------------|---------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------|---|
| 1 | Actividades de refuerzo a la atención odontológica, preparación del box dental, actividades de educación, asistencia directa al odontólogo, entre otras | | Asistencia a Dra. Javiera Analuisa Ramirez Contreras |

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><i>Fernanda Palma Gómez</i> Fernanda Palma Gómez RUT: _____ PSICOLOGA CÉDULA C.D. PSICOLOGOS Nº 6969</p> |
| <p>Nombre Completo: MARIO ALBERTO OPAZO POBLETE RUT: _____</p> | <p>Nombre Completo: Lizette Ledezma Gallardo RUT: _____</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p><i>[Signature]</i></p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  <p><i>[Signature]</i></p> |
| <p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p> | <p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p> |