



| | |
|--------------------------------------|---|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION MORBILIDAD ODONTOLÓGICA |
|--------------------------------------|---|

| | |
|--|--|
| Establecimiento | CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | MARIO ALBERTO OPAZO POBLETE |
| RUT | |
| Programa | ATENCION ODONTOLOGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO |
| Profesión | TONS |
| Horas trabajadas semanales | 22 HORAS SEMANALES |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 28-02-2025 |

| | |
|-------------------|-----------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$232.508 N°429 |
|-------------------|-----------------|

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-02-2025 | HASTA: 19-02-2025 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

| |
|--|
| 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 Dr./Dra. JAVIERA RAMIREZ |

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. Jurídica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</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>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |