



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

| | |
|--|--|
| Establecimiento | CESFA LAS COMPAÑÍAS |
| Nombre Completo | MARIO ALBERTO OPAZO POBLETE |
| RUT | |
| Programa | COD. 237 MAAO - ATENCION ODONTOLOGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO JUNIO 2025, 22 HRS SEMANALES. |
| Profesión | TONS / ASISTENTE DENTAL |
| Horas trabajadas semanales | 22 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 1 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 30/06/2025 |

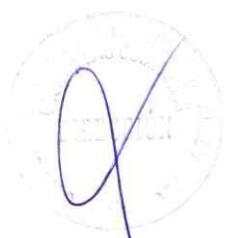
| | |
|---------------|----------------|
| NÚMERO BOLETA | 442 |
| MONTO BOLETA | 367.118 |

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: dd - mm- aaaa | HASTA: dd - mm- aaaa |
| | 01/06/2024 | 30/06/2025 |

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|---|-------------------|--|
| 1 | ACTIVIDADES DE REFUERZO A LA ATENCION ODONTOLOGICA, PREPARACION DEL BOX DENTAL, ACTIVIDADES DE EDUCACION, ASISTENCIA DIRECTA AL ODONTOLOGO, ENTRE OTRAS | | Asistencia a Dr. Marcos Santos. |

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>Nombre Completo: MARIO ALBERTO OPAZO POBLETE RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón RUT: Kinesióloga</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>   <p>DRA. CAMILA HERRERA MARI Cirujana Dentista RUT:</p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>   |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |