

**INFORME MENSUAL ACTIVIDADES:**

**PROGRAMA: CONTINUIDAD HORARIA**

---

**ANTECEDENTES**

Nombre: ROBERTA GODOY  
Cédula de Identidad : \_\_\_\_\_  
Lugar de Desempeño : CESFAM JP II  
Función establecida en el Contrato: ASISTENTE DENTAL  
Fecha que cubre el Informe : 16/09 al 20/10/2023

**INFORME DE ACTIVIDAD MENSUAL**

**ASISTIR AL ODONTÓLOGO, ORGANIZAR BOX DENTAL, REALIZAR LLAMADO DE PACIENTES EL DÍA 16/09/2023.**

---

---

  
\_\_\_\_\_  
PABLO PEÑA  
COORDINADOR DEPARTAMENTO DE SALUD

  
\_\_\_\_\_  
EDUARDO ROJAS PEREZ  
COORDINADOR DENTAL COMUNAL

  
\_\_\_\_\_  
DIRECTOR(A) CENTRO DE SALUD

