

INFORME MENSUAL ACTIVIDADES

MES *Octubre* ✓

1. ANTECEDENTES

Nombre : *Luciano Giovine Rivas,*
Cédula de Identidad :
Lugar de Desempeño : *CISFAM Raúl Silva Henríquez*
Función establecida en el Contrato : *Odontólogo*
Fecha que cubre el Informe : *Mes Octubre* ✓

INFORME DE ACTIVIDAD MENSUAL

Atención Morbilidad Adultos ✓

- > *Control dental.*
- > *Deslustrajes.*
- > *restauraciones estéticas.*
- > *Exodoncias.*
- > *restauraciones CIV.*
- > *Fliór Terapia*




[Handwritten Signature]

**NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR
CENTRO DE SALUD**