



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION ENSEÑANZA MEDIA</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	KAREN ESTEFANIA TAMAYO CORDERO
RUT	
Programa	ATENCION ODONTOLOGICA INTEGRAL A ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA Y/O S EQUIVALENTE
Profesión	TONS / ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$636.340 BOLETA N°10</b>
-------------------	------------------------------



PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa	HASTA: dd - mm- aaaa
<b>07-03-2024</b>		<b>31-03-2024</b>

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	ACTIVIDADES DE REFUERZO A LA ATENCION ODONTOLOGICA, PREPARACION DEL BOX DENTAL, ACTIVIDADES DE EDUACION, ASISTENCIA DIRECTA AL ODONTOLOGO, ENTRE OTRAS		<b>ASISTENCIA DENTAL A DRA. JAVIERA MUÑOZ ARGANDOÑA</b>

**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 style="text-align: center;"><u>NO APLICA</u></p>
<p><b>Nombre Completo: Karen Tamayo Cordero</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>