



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

| | |
|--|---|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL |
| Nombre Completo | JAVIERA CAMILA MUÑOZ ARGANDOÑA |
| RUT | |
| Programa | ATENCION ODONTOLOGICA INTEGRAL A ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA Y/O S EQUIVALENTE |
| Profesión | ODONTOLOGO |
| Horas trabajadas semanales | 44 HORAS SEMANALES |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18-03-2024 |

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$1.662.526 BOLETA N° 29 |
|-------------------|---------------------------------|

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: dd - mm- aaaa | HASTA: dd - mm- aaaa |
| 05-03-2024 | | 31-03-2024 |

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

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|-------------------------------------|-------------------|---|
| 1 | ALTAS DE ALUMNOS DE ENSEÑANZA MEDIA | 0 | GESTIÓN DE COLEGIOS, ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y DIAGNOSTICOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ALUMNOS DE ENSEÑANZA MEDIA |

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 style="text-align: center;"><u>NO APLICA</u></p> |
| <p>Nombre Completo: Javiera Muñoz Argandoña RUT:</p> | <p>Nombre Completo: 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> |