



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION MORBILIDAD ODONTOLÓGICA</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	Cesfam las compañías
Nombre Completo	Francisca Antonia alday cortes
RUT	
Programa	Programa de mejoramiento del acceso a ola atención odontologicas
Profesión	TONS / ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	60 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	18-04-2024 a 17-05-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>345.900 N°5</b>
-------------------	--------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18 - 04- 2024	HASTA: 17 -05- 2024
--------------------	----------------------	---------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Actividades de refuerzo a la atención odontológica, preparación del box dental, actividades de educación, asistencia directa al odontólogo, entre otras		<b>Asistencia a Dr./Dra. Marcos santos nombre del profesional</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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: Francisca Alday Cortes</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: Carolina Troncoso Chacón</b> <b>RUT:</b> _____ Kinesióloga</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>