



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

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑÍAS
Nombre Completo	VANESSA ARRIAGADA IBÁÑEZ
RUT	
Programa	CONVENIO MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCION ODONTOLOGICA COMPONENTE PROTESIS EN APS
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	16
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	18-06-2024

MONTO BOLETA	<b>1.941.424</b>
--------------	------------------

NÚMERO BOLETA	<b>232</b>
---------------	------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa	HASTA: dd - mm- aaaa
	<b>18-05-2024</b>	<b>17-06-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	RESOLUCION DE ESPECIALIDADES EN APS, PROTESIS REMOVIBLES CONFECCIONADAS POR ODONTOLOGO GENERAL	<b>16 Prótesis</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: Vanessa Arriagada I.</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón</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>