



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

|  |   |
|--|---|
| Establecimiento                          | Cesfam Juan Pablo II                      |
| Nombre Completo                          | Osvaldo Acosta Cortés                     |
| RUT                                      |   |
| Programa                                 | SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS |
| Profesión                                | ODONTÓLOGO                                |
| Horas trabajadas semanales               | 2   |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE                                |
| Días licencia                            | NO PROCEDE                                |
| Fecha Informe                            | 18-06-2024                                |

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| MONTO BOLETA       | <b>330.000 Y N° 23</b>                    |   |
| PERIODO DE INFORME | DESDE: dd - mm- aaaa<br><b>18-06-2024</b> | HASTA: dd - mm- aaaa<br><b>17-07-2024</b> |

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

| N°       | Funciones según PRAPS                                  | N° de Actividades | Observaciones   |
|----------|--|-------------------|---|
| <b>1</b> | ALTAS ODONTOLÓGICAS EN ADULTOS DE 60 AÑOS SIN PRÓTESIS | <b>3</b>          | <b>PROGRAMA ODONTOLÓGICO GES, SUBPROGRAMA 60 AÑOS</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<br/>(P. Natural o P. Juridica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p><b>Nombre Completo: Osvaldo Acosta Cortes</b><br/><b>RUT</b></p>                   | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><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><br/><b>RUT:</b></p>  | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |