



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

|  |  |
|--|--|
| Establecimiento                          | Cesfam Juan Pablo II                             |
| Nombre Completo                          | Rocio Katalina Campaña Cortes                    |
| RUT                                      |  |
| Programa                                 | ATENCION ODONTOLOGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO |
| Profesión                                | TONS / ASISTENTE DENTAL                          |
| Horas trabajadas semanales               | 22 horas   |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -  |
| Días licencia                            | -  |
| Fecha Informe                            | 18-07-2024                                       |

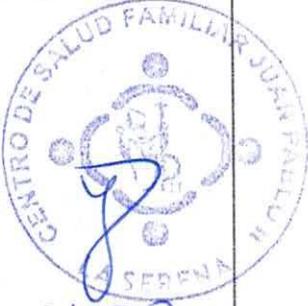
|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$367118 boleta n°2 |
|-------------------|---------------------|

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01- 07 - 2024 | HASTA: 31 - 07- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS   | N° de Actividades | Observaciones  |
|----|---|-------------------|--|
| 1  | 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. Franco Araya 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.

|  |   |
|--|---|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br> |
| Nombre Completo: <b>Rocio Campaña.</b><br>RUT:                             | Nombre Completo: <i>Van Diego Muñoz</i><br>RUT:   |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                       | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  |
| Nombre Completo:<br>RUT:   | Nombre Completo:<br>RUT:  |