

ESTABLECIMIENTO - P. N. O. DE EXERCICIO:	REGISTRO MENSUAL AL SERVICIO ODONTOLÓGICO ODONTOLÓGICO
---	---

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	LENKA GOMEZ ARAYA
RUT	
Programa	ATENCION ODONTOLÓGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO
Profesión	ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	22 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	19 DE AGOSTO DE 2024

MONTO Y N° BOLETA	\$ 352.678.-
-------------------	--------------

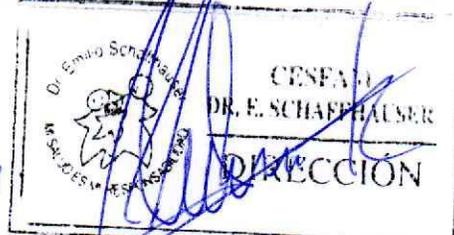
PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-08-2024	HASTA: 31-08-2024
--------------------	-------------------	-------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

	ACTIVIDADES REALIZADAS	FECHA DE EJECUCIÓN	OPORTUNIDAD
1	Actividades de refuerzo a la atención odontológica, preparación del box dental, actividades de educación, asistencia directa al odontólogo, entre otras		<b>Asistencia a Dra. Natalia Gaete</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
--	----------------------------------

	
<b>Nombre Completo: LENKA GOMEZ ARAYA</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b> <b>RUT:</b>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>