



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

|  |  |
|--|--|
| Establecimiento                          | CESFAM JUAN PABLO II                                 |
| Nombre Completo                          | Mariela Alejandra Arriagada González                 |
| RUT                                      |  |
| Programa                                 | SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS (PROTESIS) |
| Profesión                                | ODONTOLOGO   |
| Horas trabajadas semanales               | 3  |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE   |
| Días licencia                            | NO PROCEDE   |
| Fecha Informe                            | 18-09-2024   |

|                    |                              |                       |
|--------------------|------------------------------|-----------------------|
| MONTO BOLETA       | <b>135.000 BPLETA N° 216</b> |                       |
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18 - 08 - 2024        | HASTA: 17 - 09 - 2024 |

|  |
|--|
| <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 CON CONFECCIÓN DE PROTESIS REMOVIBLES ACRÍLICAS | <b>1</b>          | <b>1 PROTESIS</b> |
| <b>2</b> | ALTAS ODONTOLÓGICAS EN ADULTOS DE 60 AÑOS CON CONFECCIÓN DE PROTESIS REMOVIBLES METÁLICAS |                   |                   |

**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. Juridica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p><b>Nombre Completo: Mariela Arriagada</b><br/><b>RUT:</b></p>                  | <p><b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz</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>  |