



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

Establecimiento	Cesfam Juan Pablo II
Nombre Completo	Myriam Patricia Olivares Diaz
RUT	
Programa	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS
Profesión	TONS / ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	1
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	18-10-2024

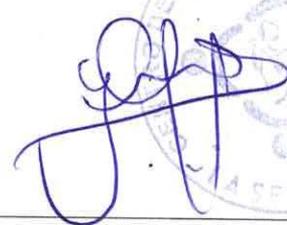
MONTO BOLETA	<b>5.765 Y N° 33</b>	
PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa	HASTA: dd - mm- aaaa
	<b>18-09-2024</b>	<b>17-10-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° De horas trabajadas	Observaciones
----	-----------------------	------------------------	---------------

<b>1</b>	ACTIVIDADES DE REFUERZO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA, PREPARACIÓN DEL BOX DENTAL, ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN, ASISTENCIA DIRECTA AL ODONTÓLOGO, ENTRE OTRAS	<b>4</b>	<b>ASISTENCIA A DR. Jaime Sepúlveda Álamos.</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>Myriam Olivares Diaz</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> Juan Diego Plummer O <b>RUT:</b>

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