



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

Establecimiento	CESFAM CIAS
Nombre Completo	MARLYS DEL PILAR DIAZ ABELLO
RUT	
Programa	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS
Profesión	TONS / ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	3 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	18-10-2024

MONTO BOLETA	<b>17.295 - BOLETA NUMERO 316</b>	
PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa <b>18-09-2024</b>	HASTA: dd - mm- aaaa <b>17-10-2024</b>

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

Nº	Funciones según PRAPS	Nº 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>3</b>	<b>ASISTENCIA A DRA VANESSA ARRIAGADA</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 (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: MARLYS DIAZ ABELLO</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: Carolina Trigueros Checcón</b> <b>RUT:</b> _____ Kinesióloga</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>