



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN MORBILIDAD ODONTOLÓGICA
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	KATHERINE FERNANDA ASTORGA VALENZUELA
RUT	
Programa	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO
Profesión	TONS / ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	8 HRS.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/10/24

MONTO Y N° BOLETA	\$46.120 Boleta N° 13
-------------------	-----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18/08/24	HASTA: 17/09/24
--------------------	-----------------	-----------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

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	15	Asistencia a Dr. Barrientos

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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: Katherine Astorga Valenzuela. RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón. RUT:</p>

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

**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	KATHERINE FERNANDA ASTORGA VALENZUELA
RUT	
Programa	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO
Profesión	AUXILIAR DENTAL
Fecha de informe	18/10/24

Número de Boleta	13
Monto Boleta	\$46.120

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	18/08/24	17/09/24

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

No hice el cobro correspondiente al mes de septiembre COD. 237 porque estaba haciendo reemplazo en este establecimiento y no manejaba el sistema de boletas.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: Katherine Astorga Valenzuela RUT:	 Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo: RUT: