



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

Establecimiento	RURAL
Nombre Completo	LAURA ROMANIELLO CABALIN
RUT	
Programa	CONVENIO MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCION ODONTOLOGICA COMPONENTE CON PROTESIS EN APS
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	18 OCTUBRE 2024

MONTO BOLETA	<b>537960</b>
N BOLETA	<b>183</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa	HASTA: dd - mm- aaaa
	<b>18 SEPTIEMBRE 2024</b>	<b>17 OCTUBRE 2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	ALTAS ODONTOLOGICAS A HOMBRES MAYOR DE 20 AÑOS CON PROTESIS	<b>2 PACIENTES</b>	<b>4 PROTESIS ACRÍLICAS</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 pres ca)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo:</b> <i>Severo Riquelme</i> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <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>