



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

Establecimiento	CESFAM COMPAÑIAS
Nombre Completo	MERCEDES MOREIRA JAIME
RUT	.
Programa	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS (PROTESIS)
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	12 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	18-10-2024
NÚMERO DE BOLETA	455

MONTO BOLETA	<b>810.000</b>	
PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa <b>18-09-2024</b>	HASTA: dd - mm- aaaa <b>17-10-2024</b>

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	ALTAS ODONTOLÓGICAS EN ADULTOS DE 60 AÑOS CON CONFECCION DE PROTESIS REMOVIBLES ACRILICAS	3	Nº DE PROTESIS DENTAL ACRILICA ENTREGADA:6
2	ALTAS ODONTOLÓGICAS EN ADULTOS DE 60 AÑOS CON CONFECCION DE PROTESIS REMOVIBLES METALICAS	0	

**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><b>Nombre Completo: MERCEDES MOREIRA JAIME</b> <b>RUT</b></p>	<p><b>Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón</b> <b>RUT:</b> <b>Kinesióloga</b></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>