

**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA****INFORME MENSUAL DE GESTION GES ODONTOLÓGICO**

Establecimiento	Cardenal Caro
Nombre Completo	Constanza Macaya
RUT	
Programa	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS (PROTESIS)
Profesión	Tons
Horas trabajadas semanales	4
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	31-12-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$25680 N*169		
PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa	HASTA: dd - mm- aaaa	
01/11/2024		31/11/2024	

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	ALTAS ODONTOLOGICAS EN ADULTOS DE 60 AÑOS CON CONFECCION DE PROTESIS REMOVIBLES ACRILICAS	8	PROGRAMA ODONTOLOGICO GES, SUBPROGRAMA 60 AÑOS
2	ALTAS ODONTOLOGICAS EN ADULTOS DE 60 AÑOS CON CONFECCION DE PROTESIS REMOVIBLES METALICAS	8	PROGRAMA ODONTOLOGICO GES, SUBPROGRAMA 60 AÑOS

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 
Nombre Completo: Constanza Macaya RUT:	Nombre Completo: <i>Carolina Cardo</i> RUT:
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:

INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO 2024

Establecimiento	Cesfam Cardenal Caro
Nombre Completo	Constanza Macaya
RUT	
Programa	Salud oral Integral del adulto de 60 años (protesis)
Profesión	Asistente dental
Fecha de informe	31.11.2024

Numero de Boleta	169
Monto Boleta	\$ 25.680

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01-11-2024		31-11-2024

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

Por motivos que tuve que viajar a hacer exámenes con mi madre y seme fue imposible realizar la boleta y entregarla pido mil disculpa y su comprensión

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	
Nombre Completo: Constanza macaya RUT:	Nombre Completo: <i>Leonor Casillo</i> RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre Completo:
RUT:

