



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN MORBILIDAD ODONTOLÓGICA</b>
--------------------------------------	---

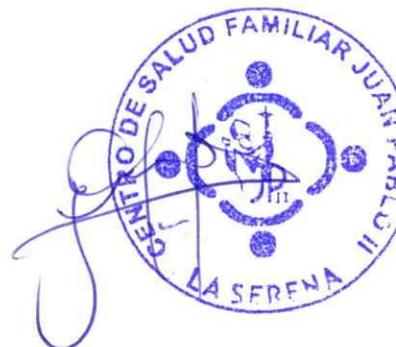
Establecimiento	CESFAM Juan Pablo II
Nombre Completo	Camila Andrea Cortés Alcayaga
RUT	
Programa	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO
Profesión	TONS / ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	44 HORAS. /
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	31- 12 -2024 /

MONTO Y N° BOLETA	\$734.236 Boleta N° 8 /
-------------------	-------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 12 - 2024 /	HASTA: 31 - 12 - 2024 /
--------------------	-------------------------	-------------------------

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

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	-	<b>Asistencia a Dr. Sebastián Barrientos</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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: Camila Andrea Cortés Alcayaga</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón</b> <b>RUT:</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>