



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

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	JOHANNA GODOY VEGA
RUT	-----
Programa	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS
Profesión	TONS / ASISTENTE DENTAL
Horas trabajadas semanales	4
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	18-07-2024 /

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$23.060 y N°137 /</b>	
PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa <b>18-06-2024</b>	HASTA: dd - mm- aaaa <b>17-07-2024 /</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° De horas trabajadas	Observaciones
<b>1</b>	ACTIVIDADES DE REFUERZO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA, PREPARACIÓN DEL BOX DENTAL, ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN, ASISTENCIA DIRECTA AL ODONTÓLOGO, ENTRE OTRAS	<b>4</b>	<b>ASISTENCIA A DR. RENATO YAGNAM ROJAS</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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: JOHANNA GODOY VEGA</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: LIZETTE GALLARDO LEDEZMA</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>