



| | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION |
|--------------------------------------|-----------------------------------|

| | |
|--|---|
| Establecimiento | COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR |
| Nombre Completo | PATRICIA ESPIN POZO |
| RUT | |
| Programa | CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE MAS SONRISAS PARA CHILE CON PROTESIS |
| Profesión | ODONTOLOGO |
| Horas trabajadas semanales | 6 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE |
| Días licencia | NO PROCEDE |
| Fecha Informe | 30-11-2024 |

| | |
|--------------|------------------------------|
| MONTO BOLETA | 806.940 No:341 |
|--------------|------------------------------|

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 11- 2024 | HASTA: 30 - 11- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|---|-------------------|-----------------------------|
| 1 | ALTAS ODONTOLOGICAS A MUJERES MAYORES DE 20 AÑOS SIN PROTESIS | 3 ALTAS | 5 PRÓTESIS ACRÍLICAS |

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 con 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>Nombre Completo: PATRICIA ESPIN POZO RUT:</p> | <p>Nombre Completo: <i>Francisco Volodkevich Aquino</i> RUT:</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |