



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

|                                          |                                                                                        |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Establecimiento                          | COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR                                                  |
| Nombre Completo                          | PATRICIA ESPIN POZO                                                                    |
| RUT                                      |                                                                                        |
| Programa                                 | CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE ALTAS ODONTOLOGICAS DE HOMBRES 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 | <b>806.940 NO:343</b> |
|--------------|-----------------------|

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

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

| N°       | Funciones según PRAPS                                         | N° de Actividades | Observaciones               |
|----------|---------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>1</b> | ALTAS ODONTOLOGICAS A HOMBRES MAYORES DE 20 AÑOS CON PROTESIS | <b>3 ALTAS</b>    | <b>6 PRÓTESIS ACRÍLICAS</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:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                  | <p><b>Nombre Completo:</b> <i>Francisco Valdivia Lozano</i><br/><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> <i>LA SERENA</i><br/><b>RUT:</b></p>                                                                 | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                 |