



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

Establecimiento	COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR
Nombre Completo	VANESSA ANDREA ARRIAGADA IBÁÑEZ
RUT	
Programa	CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE ALTAS ODONTOLOGICAS DE HOMBRES CON PROTESIS
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	20 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	30/11/2024
NÚMERO DE LA BOLETA	255

MONTO BOLETA	<b>537.960</b>
--------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: dd - mm- aaaa	HASTA: dd - mm- aaaa
	<b>01- 11-2024</b>	<b>30-11-2024</b>

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

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	ALTAS ODONTOLOGICAS A HOMBRES MAYORES DE 20 AÑOS CON PROTESIS	<b>2 ALTAS</b>	<b>4 PROTESIS</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>Carolina Troncoso Checcón</b></p>
<p><b>Nombre Completo: VANESSA ARRIAGADA</b> <b>RUT</b></p>	<p><b>Nombre Completo: Kinesióloga</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>