



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

|                                          |                                                                                 |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Establecimiento                          | COMPRA DE SERVICIO CLINICA PARTICULAR                                           |
| Nombre Completo                          | Jaime Fernando Sepúlveda Álamos                                                 |
| RUT                                      |                                                                                 |
| Programa                                 | CONVENIO ODONTOLOGICO INTEGRAL, COMPONENTE MÁS SONRISAS PARA CHILE CON PROTESIS |
| Profesión                                | ODONTOLOGO                                                                      |
| Horas trabajadas semanales               | 3                                                                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO PROCEDE                                                                      |
| Días licencia                            | NO PROCEDE                                                                      |
| Fecha Informe                            | 18-06-2024                                                                      |

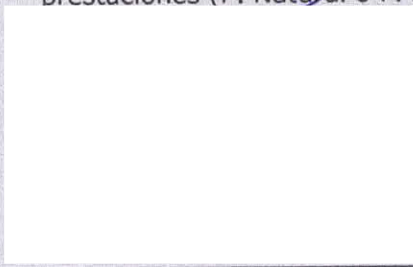
|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| MONTO BOLETA | <b>806.940 Y N° 137</b> |
|--------------|-------------------------|

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: dd - mm- aaaa | HASTA: dd - mm- aaaa |
|                    | <b>18-05-2024</b>    | <b>17-06-2024</b>    |

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

| N°       | Funciones según PRAPS                                         | N° de Actividades | Observaciones      |
|----------|---------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| <b>1</b> | ALTAS ODONTOLOGICAS A MUJERES MAYORES DE 20 AÑOS CON PROTESIS | <b>3 Altas.</b>   | <b>5 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. 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>Cecilia Pérez Palao</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><br/><b>RUT:</b></p> | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p> |