



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

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

|              |               |
|--------------|---------------|
| MONTO BOLETA | <b>537960</b> |
| N BOLETA     | <b>168</b>    |

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: dd - mm- aaaa | HASTA: dd - mm- aaaa |
|                    | <b>17 JUNIO 2024</b> | <b>17 JULIO 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>2</b>          | <b>3</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: LAURA ROMANIELLO CABALIN</b><br/><b>RUT:</b></p>           | <p><b>Nombre Completo:</b><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> |